Programme régional d'organisation des services dans les salles d'urgence des Laurentides

Suivi des recommandations proposées par le Guide de gestion de l'unité d'urgence

(PROS)

Direction des affaires médicales et hospitalières
Région 15

Décembre 2001

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

RÉDACTION DU DOCUMENT

Claudette Provencher

Régie régionale de la santé des Laurentides
Direction des Programmes
Coordination de la santé physique et des services préhospitaliers

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Marie Larouche

Régie régionale de la santé des Laurentides
Direction des Programmes
Coordination santé mentale, adaptation sociale et toxicomanie

Marie-Hélène Gariepy

Régie régionale de la santé des Laurentides
Direction des Programmes
Coordination santé mentale, adaptation sociale et toxicomanie

Daniel Filion

Régie régionale de la santé des Laurentides
Direction des Programmes
Coordination santé mentale, adaptation sociale et toxicomanie

André Deshaies

Régie régionale de la santé des Laurentides
Direction des Programmes
Coordination du maintien de l'intégration

SECRÉTARIAT

Monique Chapleau

Régie régionale de la santé des Laurentides
Direction des Programmes
Coordination de la santé physique et des services préhospitaliers

Nicole Bergeron

Régie régionale de la santé des Laurentides
Direction des Programmes
Coordination santé mentale, adaptation sociale et toxicomanie

COLLABORATION SPÉCIALE

GROUPE DE LECTURE : RÉGIE RÉGIONALE DES LAURENTIDES

Michel Léger
Directeur général
Micheline Vallières-Joly
Directrice des Programmes
Jean-Marie Raoult
Coordonnateur des ressources financières réseau
Ginette Leblanc
Coordonnatrice santé physique et secteur préhospitalier
Jean Désy
Coordonnateur santé mentale, adaptation sociale et toxicomanie
Dre Colette D. Lachaîne
Conseillère médicale au préhospitalier

GROUPE DE LECTURE : RÉSEAU

Robert Bergeron
Direction générale CH et CR Antoine-Labelle
Christiane Arbour
Direction des services professionnels et hospitaliers au CH St-Eustache
Normand Girard
Direction des soins infirmiers à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme
Marc Gosselin
Médecin - chef de l'unité d'urgence à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme
Nicole Boudreau
Infirmière-chef de l'urgence au CH Laurentien

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Vision une décennie : évolution démographique de la population totale Laurentides versus le Québec

Tableau 2 : Évolution démographique de la population des 65 ans et plus Laurentides versus le Québec

Tableau 3 : Évolution du taux de rétention

Tableau 4 : Les objectifs de rétention que nous nous étions fixés en 1996 par rapport à ceux réellement atteints en 2001

Tableau 5 : Portrait des centres hospitaliers : le nombre de lits au permis / en courte durée / en santé physique

Tableau 6 : Variation du nombre de lits au permis / en courte durée / en santé physique 1995-2001

Tableau 7 : LA MÉDECINE

Tableau 8 : LA CHIRURGIE

Tableau 9 : LA PSYCHIATRIE

Tableau 10 : Évolution de la taille et du taux d'accroissement de la population par territoire de CLSC

Tableau 11 : Pourcentage de personnes âgées de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus parmi l'ensemble de la population, selon l'année, par territoire de CLSC

Tableau 12 : Taille estimée de la population saisonnière par territoire de CLSC au 1er janvier 1999

Tableau 13 : Évolution du nombre de cas inscrit à la liste d'attente de services à domicile par territoire de CLSC / de 1997 à 2000

Tableau 14 : Le per capita des CLSC

Tableau 15 : Les lits d'hébergement permanent en CHSLD

LISTE DES TABLEAUX (suite)

Tableau 16 : Taux d'hébergement sur le territoire
Le nombre de places en CHSLD versus les personnes de 65 ans
Taux d'hébergement actuel (2000) et taux d'hébergement projeté (2006)
Hypothèse: ajout de 378 nouvelles places

Tableau 17 : Besoin théorique de lits selon un taux de 3,68 %

Tableau 18 : Évolution des lits de longue durée dans les CH de la région

Tableau 19 : La catégorisation des urgences des Laurentides

Tableau 20 : Taille de la population des Laurentides /par territoire de CLSC / versus le taux de rétention

Tableau 21 : Taux de la population / selon le groupe d'âge / par territoire de CLSC/(année 2001)

Tableau 22 : Aperçu des activités à l'urgence de Mont-Laurier 1999-2001

Tableau 23 : Aperçu des activités à l'urgence de Annonciation 1999-2001

Tableau 24 : Aperçu des activités à l'urgence du CH Laurentien 1999-2001

Tableau 25 : Aperçu des activités à l'urgence du CH Argenteuil 1999-2001

Tableau 26 : Aperçu des activités à l'urgence du CH Hôtel-Dieu de StJérôme

Tableau 27 : Aperçu des activités à l'urgence du CH St-Eustache 1999-2001

Tableau 28 : Population saisonnière (1999)

Tableau 29 : Évolution du nombre de visites aux salles d'urgence

Tableau 30 : Évolution du nombre de personnes gardées sur civière

Tableau 31 : Évolution du nombre de patients arrivés par ambulance et gardés sur civière

LISTE DES TABLEAUX (suite)

Tableau 32 : Évolution du taux de patients hospitalisés par rapport au total des patients civières, incluant la psychiatrie et la pédiatrie

Tableau 33 : Évolution de la durée de séjour sur civières (la moyenne régionale)

Tableau 34 : Évolution du taux des 48 heures sur civière

Tableau 35 : Évolution du taux des 24 heures sur civière

Tableau 36 : Monitoring de la clientèle sur civières : volume des activités dans les six salles d'urgence des Laurentides : (1998-2001)

Tableau 37 : Raison de la visite aux salles d'urgence : Étude des clientèles âgées de 65 ans et plus

Tableau 38 : Raison de la visite aux salles d'urgence : Étude spécifique des clientèles âgées de 65 à 74 ans

Tableau 39 : Raison de la visite aux salles d'urgence : Étude spécifique des clientèles âgées de 75 ans et plus

Tableau 40 : Aperçu de quelques actions mises en place pour réduire l'entrée des clientèles vulnérables à l'urgence

Tableau 41 : Achalandage en traumatologie dans les urgences durant l'année 2000

Tableau 42: Proportion du nombre de cas de traumatisme par rapport au total des cas patients-civières

Tableau 43 : Nombre de lits de psychiatrie actuellement disponibles dans chaque CH

Tableau 44 : Jeunes en traitement et jeunes en attente au 31 mars 2001 en clinique externe de santé mentale infantile

Tableau 45 : Patients sur civières / troubles mentaux / groupes d'âge / par CH (2000-2001)

Tableau 46 : Patients en santé mentale sur civières (1998-1999 à 2000-2001)

LISTE DES TABLEAUX (suite)

Tableau 47 : Patients en santé mentale sur civières : évolution de la DMS (1998-1999 à 2000-2001)

Tableau 48 : Patients en santé mentale sur civières : évolution de la proportion (1998-1999 à 2000-2001)

Tableau 49 : Destination des patients civières / troubles mentaux (2000-2001)

Tableau 50 : Répartition sur civières / troubles mentaux / par CH (2000-2001)

Tableau 51 : Destination des patients sur civières / troubles mentaux / par CH / 2000-2001

Tableau 52 : Patients sur civières / troubles mentaux / groupes d'âge / par CH / 2000-2001

Tableau 53 : Volume des admissions en courte durée : évolution

Tableau 54 : Nombre de jours-présence : évolution

Tableau 55 : DMS en courte durée : évolution (1998-1999 à 2000-2001)

Tableau 56 : Nombre d'admissions en courte durée pour chaque CH

Tableau 57 : Nombre de jours présence en courte durée pour chaque CH

Tableau 58 : La DMS en courte durée pour chaque CH

Tableau 59 : Nombre de personnes desservies pour chaque CH au 31 mars 2001

105-07575/

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier d'Argenteuil
CHCRAL	Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle
CHL	Centre hospitalier Laurentien
CHSE	Centre hospitalier St-Eustache
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COSAD	Comité de soutien à domicile
DG	Directeur général
DMS	Durée moyenne de séjour
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Directeur des soins infirmiers

LISTE DES ACRONYMES (suite)

DSMU	Département ou services de médecine d'urgence
DSPH	Directeur des services professionnels et hospitaliers
ECG	Électro cardiogramme
ETG	Échelle de triage et gravité
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecins de famille
HDSJ	Hôtel-Dieu de St-Jérôme
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PROS	Programme régional d'organisation de services
RIPAPA	Réseau intégré personnes âgées en perte d'autonomie
RSI	Responsable des soins infirmiers

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

1. **Le contexte régional/portrait de la région 15** 5
   - 1.1 Le territoire des Laurentides 7
     - 1.1.1 Le sud suburbain 7
     - 1.1.2 Le centre diversifié 8
     - 1.1.3 Le nord rural 8
   - 1.2 Les caractéristiques démographiques de la population des Laurentides 11
   - 1.3 Évolution du taux de rétention de la population de Laurentides 13
   - 1.4 Les acteurs régionaux (mars 2001) 14
   - 1.5 Le réseau de santé de la région des Laurentides (région 15) par bassin géographique : portrait au 31 mars 2001 18

2. **La croissance démographique et les établissements du réseau** 19
   - Les centres hospitaliers 23
   - Les CLSC 33
   - Le réseau intégré pour personnes âgées et adultes en perte d'autonomie (RIPAPA) 43
   - Les CHSLD 47

3. **Portrait des urgences (1997-2001)** 55
   - Le secteur préhospitalier 79
   - Les ressources humaines 101

4. **La synthèse des plans d'actions des centres hospitaliers en suivi aux recommandations du Guide de gestion des urgences** 115
   - Le volet spécifique à la santé mentale 189

Conclusion 243

Annexes

Plan d'actions de l'unité d'urgence du CH St-Eustache

Plan d'actions de l'unité d'urgence du CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Plan d'actions de l'unité d'urgence du CH Laurentien de Ste-Agathe

Plan d'actions de l'unité d'urgence du CH Argenteuil de Lachute

Plan d'actions des deux unités d'urgence du CH CR Antoine Labelle

INTRODUCTION

Le plan d'action provincial « ***Relever ensemble le défi des urgences*** » présentait à l'époque 33 recommandations. Celles-ci ont fait l'objet d'un consensus général chez tous les participants du Forum des urgences. Elles rejoignent les préoccupations des centres hospitaliers des Laurentides qui, depuis cinq ans, tentent rigoureusement d'améliorer d'année en année la gestion de leur salle d'urgence.

Le Guide de gestion de l'unité d'urgence est le produit de ce consensus. Il renferme les principes, paramètres, critères, mesures, normes, règles, responsabilités, rôles et interactions des différentes recommandations entre elles. Il est construit pour assurer dès son application, si tous les éléments de réussite sont réunis, un fonctionnement optimal de l'unité d'urgence. ***Deux grands axes le composent : une trajectoire de recommandations qui servent de base solide pour modéliser la gestion des salles d'urgence; une source infinie de solutions gagnantes dans l'approche systématique de la performance.***

Le PROS des urgences des Laurentides, (un Programme régional d'organisation des services) renferme les principales orientations qui guideront d'abord l'organisation régionale des services dispensés en salle d'urgence tant en amont, qu'à l'aval de l'urgence; tant à l'interne du centre hospitalier qu'à l'urgence même. Il tient compte de la catégorisation des urgences. Il s'articule autour de la qualité des soins, de la prise en charge du patient par le médecin de famille, de l'orientation appropriée des visites à l'urgence. Il favorise une approche systématique de l'épisode de soins du patient à l'urgence et une gestion constante 24/7 de l'achalandage à l'urgence.

L'atteinte de la performance sous-tend le respect de la mission de l'urgence auprès de tous les acteurs du réseau qui interviennent directement ou indirectement dans le secteur de l'urgence. L'imputabilité des résultats se légitimera en autant que les directeurs d'établissements aient les moyens financiers, matériels et environnementaux d'exploiter l'application des recommandations présentées dans le Guide de gestion des urgences et dans leur plan d'action respectif.

La première partie du PROS des Laurentides contexte la situation géographique de notre région et les caractéristiques démographiques de notre population. Cette section présente également les différents acteurs régionaux.

La deuxième partie introduit :

a) les cinq centres hospitaliers de la région. Des tableaux descriptifs démontrent l'évolution des volumes d'activités de 1997 à 2000. Ils sont présentés selon les domaines de la médecine, de la chirurgie et de la psychiatrie.
b) le réseau intégré des services offerts aux personnes âgées et adultes en perte d'autonomie.
c) les caractéristiques de l'accroissement et du vieillissement de la population par territoire de CLSC.
d) le taux d'accroissement populationnel par MRC.
e) le portrait de l'hébergement dans les CHSLD de la région.
f) le taux d'hébergement par territoire de CLSC.
g) le besoin théorique des lits en longue durée selon le taux retenu de 3,68 %.

La troisième partie brosse le portrait des activités aux urgences selon les principaux indicateurs de clientèles. Cette section privilégie des tableaux comparatifs de l'achalandage de 1995 à 2001.

Cette section présente aux lecteurs un bref aperçu de la formation qui est donnée aux techniciens ambulanciers des Laurentides.

Suit, un bref clin d'œil sur les ressources humaines. Une carte géographique des Laurentides positionne le nombre de médecins en omnipratique et en spécialité qui étaient actifs en mars 2001 dans la région. Cette vision offre le profil des activités médicales dans les établissements et les cabinets privés en fonction du nombre d'individus et du volume de production, (ETP) par territoire de CLSC.

Quant au portrait du personnel infirmier actuellement en poste dans les urgences de la région, le nombre d'infirmières est représenté sous forme d'un tableau très exhaustif par salle d'urgence.

La quatrième partie est réservée aux plans d'actions des centres hospitaliers en suivi aux recommandations du Guide de gestion des urgences. *Cette section définit l'état actuel de l'avancement des travaux de chaque établissement.* Les plans d'actions rédigés cet été par les intervenants des CH touchent particulièrement l'organisation des services 2001-2005 dans leur établissement, ils s'attardent aux mécanismes d'intégration de suivi, d'orientation et de coordination de leur salle d'urgence par rapport au réseau local et régional des services de santé. Chacun à leur façon vise idéalement une meilleure concertation avec les ressources de leur milieu distinct.

Un plan d'action sous l'angle de prise de la santé mentale

En effet, une opportunité s'est offerte lors de l'écriture du PROS des urgences. Afin de compléter l'éventail des actions liées aux recommandations du Guide, nous avons privilégié l'insertion d'un volet qui réfléchi particulièrement à différentes pistes d'actions en santé mentale. Chaque recommandation du Guide qui était pertinente à la santé mentale, a été analysée sous l'angle de prise de la santé mentale. La connaissance de la clientèle qui séjourne sur civières révèle qu'une civière sur quatre est souvent occupée par une personne souffrant de troubles mentaux. Cette problématique est assez importante pour avoir incité l'équipe des professionnelles de la Régie régionale à joindre au PROS, le partage des travaux en santé mentale : ceux déjà initiés dans la région et ceux qui seraient souhaitables de mettre en place le plus tôt possible pour supporter la gestion des urgences.

La conclusion arbore la complexité d'appliquer, dès 2001, certaines recommandations du Guide. Plusieurs propositions organisationnelles recommandées dans le Guide sont déjà en place dans les Laurentides. Ceci ne suffit pas à diminuer l'engorgement des urgences malgré l'ouverture quotidienne de lits tampons, excédentaires aux lits des permis d'établissements. Cette ultime solution est d'ailleurs un des facteurs qui crée, depuis les deux dernières années, l'imbroglio financier que connaissent les centres hospitaliers des Laurentides.

Annexe : Chacun des PROS des centres hospitaliers de la région des Laurentides.

Première partie

LE CONTEXTE RÉGIONAL
PORTRAIT DE LA RÉGION 15

1. LE CONTEXTE RÉGIONAL / PORTRAIT DE LA RÉGION 15[1]

1.1 Le territoire des Laurentides

Située immédiatement au nord de Laval, en périphérie de Montréal, la région des Laurentides s'étend, sur une superficie de 21 576 km^2, jusqu'aux portes du parc de La Vérendrye, en Abitibi. Sa frontière sud-ouest longe, sur quelques kilomètres, la province d'Ontario, puis la région de l'Outaouais. À l'est, elle voisine la région de Lanaudière. Cette situation géographique lui confère des caractéristiques contrastées qui influent sur les conditions de vie et les besoins de sa population.

Le territoire des Laurentides compte 86 municipalités regroupées en huit municipalités régionales de comté (MRC) et sept territoires de CLSC. La région comporte cinq commissions scolaires, deux cégeps et deux districts judiciaires.

Trois grandes zones se distinguent lorsque l'on tente de décrire le territoire des Laurentides : **le sud**, suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la dynamique de la grande région de Montréal; **le centre**, diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréotouristiques se côtoient; et **le nord**, essentiellement rural, exploitant un potentiel récréotouristique et forestier.

Le sud suburbain

Le sud de la région correspond aux MRC de Thérèse-de-Blainville et de Deux-Montagnes. S'y rattache aussi le sud de la MRC de Mirabel. Il connaît, autour des villes de Sainte-Thérèse et de Saint-Eustache, une croissance importante depuis plusieurs années. Avec Laval et le sud de Lanaudière, il s'intègre à la banlieue montréalaise. Il en possède les caractéristiques suburbaines avec ses quartiers résidentiels traversés d'autoroutes.

Situées au sud et au centre de la région, les usines comme celles de General Motors à Boisbriand, Bell Helicopter et Bombardier Aéronautique à Mirabel, Paccar à Sainte-Thérèse et Bauer à Saint-Jérôme ainsi que des centaines d'autres entreprises manufacturières, constituent les principaux moteurs économiques du centre-sud-Laurentides. Ce dynamisme entraîne une forte poussée démographique qui change d'année en année le profil de la région.

[1] Rapport annuel de la Régie régionale des Laurentides (2000-2001) : portrait fixé au 31 mars 2001.

Le centre diversifié[1]

Le centre de la région regroupe le nord de la MRC de Mirabel et les MRC de la Rivière-du-Nord, d'Argenteuil, des Pays-d'en-Haut et des Laurentides. Saint-Jérôme en est la ville principale. Elle constitue, avec son agglomération, le plus ancien centre urbain des Laurentides. À l'instar du sud de la région, Saint-Jérôme, comme Mirabel, regroupe de nombreux établissements industriels. De plus, elle continue de se développer, notamment, comme importante ville de services. La Régie régionale de la santé et des services sociaux, le palais de justice du district de Terrebonne, et plusieurs directions régionales de l'administration publique québécoise y sont installées.

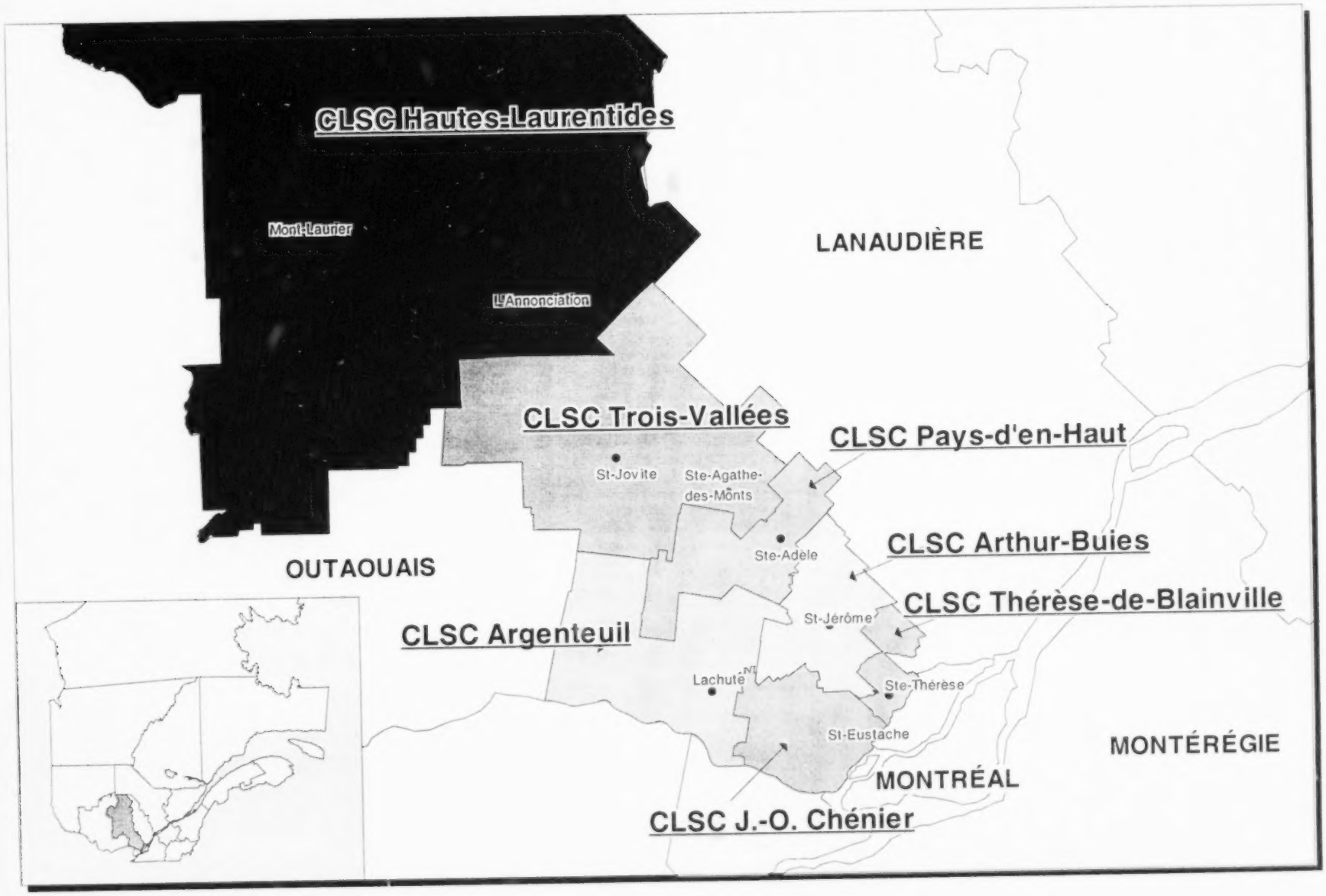
Tout autour de Saint-Jérôme s'étend une zone rurale où l'agriculture est pratiquée activement, notamment dans la MRC d'Argenteuil. Toutefois, c'est le tourisme qui caractérise de plus en plus la vie économique de ce secteur. La beauté des paysages, les lacs, les rivières, les montagnes et les forêts attirent des milliers de touristes et d'amateurs de plein air, notamment à Saint-Sauveur et à Mont-Tremblant où d'importants complexes récréotouristiques se sont développés ces dernières années. La population des Laurentides s'accroît donc de milliers de villégiateurs durant toutes les saisons de l'année, et de façon plus importante l'été et l'hiver.

Le nord rural

Le nord de la région des Laurentides, correspondant au vaste territoire de la MRC d'Antoine-Labelle, est presque entièrement couvert de forêt et est beaucoup moins densément peuplé. C'est un secteur où l'activité touristique demeure importante et continue de se développer. L'industrie forestière emploie aussi une bonne part de la population locale. Mont-Laurier en est le principal centre urbain.

[1] Rapport annuel de la Régie régionale des Laurentides (2000-2001) . portrait fixé au 31 mars 2001.

Territoires des CLSC et principales municipalités de la région des Laurentides



Cartographie: Santé publique des Laurentides, 1998

1.2 Les caractéristiques démographiques de la population des Laurentides

Tout comme les autres régions qui forment la ceinture de Montréal, la région des Laurentides connaît une croissance démographique importante.
On estime à plus de 502 787 personnes la population des Laurentides en l'an 2006. La plus forte proportion de cette augmentation, autant en pourcentage qu'en nombre absolu, se situera dans la partie sud du territoire. La croissance démographique dans les Laurentides de 1996 à 2001 a représenté 7,7% d'augmentation alors que celle de la province de Québec a atteint 1,7 % pour la même période (tableau 1).

Tableau 1
VISION UNE DÉCENNIE : 5 dernières années versus les 5 prochaines.
Évolution démographique de la population totale
Laurentides vs le Québec
1996 - 2006

	1996	2001	2006	Évolution du % (1996-2006)
Laurentides	440 928	474 890	502 787	14, 2 %
Québec	7 273 993	7 399 931	7 535 013	3, 6 %

Tableau 2
Évolution démographique de la population des 65 ans et +
Laurentides vs le Québec
1996 - 2006

	1996	2001	2006	Évolution du % (1996-2006)
Laurentides	43 451	51 678	60 378	38,95 %
Québec	870 121	960 330	1 057 367	21,51 %

Source : La population du Québec par territoire de CLSC pour la période de 1981 à 2021. MSSS

Les Laurentides constituent donc un grand territoire où la majorité de la population vit au sud et où l'on observe une augmentation démographique importante dans les cinq dernières années. La projection démographique des cinq prochaines années démontre une augmentation tout aussi importante.

Parlons spécifiquement de quelques phénomènes comme:

Le phénomène de migration de la population de Montréal vers le sud des Laurentides s'accentue au fil des années. Il est relié à l'accroissement de la natalité découlant de la venue des jeunes familles. Les bassins sud et Rivière-du-Nord ont connu un essor considérable au cours des cinq dernières années.

Les personnes âgées de plus de 75 ans se retrouvent en grande majorité dans les bassins d'Argenteuil, Pays-d'en-Haut et de Trois Vallées. (réf. tableau 11)
L'amélioration des conditions de vie dans les pays occidentaux associée aux progrès de la médecine font en sorte que l'on devra davantage tenir compte de la strate des personnes âgées de plus de 75 ans afin de mieux en apprécier les conséquences sur la demande de services de santé.

Le phénomène migratoire saisonnier et frontalier. Il se caractérise, entre autres, par une augmentation importante de l'activité touristique, que ce soit en saison d'été, d'automne ou celle de l'hiver. Le tourisme représente alors, le double, voire le triple de la population résidante. Surtout de juin à septembre et de décembre à mars.

Le découpage administratif des régions ne correspond pas toujours parfaitement aux habitudes de consommation de certaines clientèles surtout celles en provenance de Lanaudière et de Laval-Ouest. La région des Laurentides, dans sa partie ouest, jouxte l'Ontario. Cette particularité du territoire d'Argenteuil permet d'étudier spécifiquement la consommation de services hors-Québec par des résidants des Laurentides. Des travaux sont en cours afin de planifier une stratégie reliée au rapatriement de cette clientèle.

L'accroissement de la population par territoire de CLSC est présenté de façon plus exhaustive au chapitre des CLSC. Des tableaux spécifiques suivent l'évolution de la taille de la population jusqu'en 2011, par territoire de CLSC donc, par bassin de desserte de chaque centre hospitalier.

1.3 Évolution du taux de rétention de la population des Laurentides.

Plusieurs motifs incitent la clientèle à consommer des services hors-région:

Requérir à des services ultra-spécialisés;

Méconnaître les services offerts localement;

Opter, par choix personnel, pour l'anonymat ou l'opportunité de transport;

Percevoir les ressources locales comme étant insuffisantes et le délai d'accès aux services comme étant trop long...

Un phénomène important intervient également dans le taux de rétention de la population, c'est la référence du médecin traitant au CH producteur de services choisi par lui. Ce dernier oriente sa clientèle selon ses propres connaissances du réseau, son lieu de pratique ou son réseau personnel d'affinités professionnelles.

Tableau 3

Évolution du taux de rétention :

93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-2000
59,8 %	60,8 %	63,7 %	65 %	70,2 %	71,4 %	73,9 %

Source : Tableau de bord, Info-Centre région des Laurentides. Med-Echo 2000

À titre d'information, nous juxtaposons les données de 2000 à celles qui étaient souhaitées dans les travaux de 1996 liés au Modèle d'organisation des services et du Plan de transformation du réseau de santé des Laurentides en 1995-1996 :

Tableau 4

Les objectifs 2001 de rétention que nous nous étions fixés en 1996[1] par rapport à ceux réellement atteints en 2001 : par territoire de CLSC

CLSC de provenance de la clientèle	taux réel 1994-1995	objectifs visés pour 2001	taux réel atteint en 2000
Jean-Olivier Chénier	58,0 %	65,0 %	74,9 %
Thérèse-de-Blainville	36,2 %	40,0 %	56,0 %
Hautes-Laurentides	75,0 %	78,0 %	77,8 %
Arthur-Buies	76,0 %	78,0 %	84,8 %
Pays-d'en-Haut	59,1 %	65,0 %	74,8 %
Trois-Vallées	70,3 %	78,0 %	80,8 %
Argenteuil	67,2 %	78,0 %	77,7 %
Taux régional	60,8 %	65,0 %	73,9 %

Source : Tableau de bord, Info-Centre région des Laurentides. Med-Echo 1996-2000

[1] Modèle d'organisation des services en santé physique; Plan de transformation du réseau de santé des Laurentides. 1995-1996.

1.4 Les acteurs régionaux (mars 2001) [1]

Les établissements du réseau :

Pour desservir la population, la région des Laurentides compte 26 établissements de santé et de services sociaux dont 20 publics et 6 privés, où travaillent près de 10 000 personnes :

Établissements publics

5 CLSC (centres locaux de services communautaires)
2 CLSC-CHSLD (CLSC-centres d'hébergement et de soins de longue durée)
5 centres hospitaliers (dont 1 centre hospitalier régional)
4 CHSLD
3 centres de réadaptation (déficience intellectuelle, déficience physique, alcoolisme et toxicomanies)
1 centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

Établissements privés conventionnés

2 CHSLD
2 centres de réadaptation en déficience intellectuelle

Établissements privés non conventionnés

2 CHSLD

Les centres locaux de services communautaires (CLSC)

Les CLSC offrent des services de santé et des services sociaux de première ligne à la population de leur territoire. Il peut s'agir de services de nature préventive ou curative, de services de réadaptation ou de réinsertion sociale. Ils sont responsables du service téléphonique Info-Santé CLSC, ouvert 24 heures par jour, 7 jours par semaine. La région des Laurentides compte sept CLSC (incluant 2 CLSC-CHSLD), qui sont la principale porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux.

[1] Rapport annuel de la Régie régionale des Laurentides (2000-2001 : portrait fixé au 31 mars 2001.

Les centres hospitaliers (CH) [1]

Les centres hospitaliers offrent des services diagnostiques, des soins médicaux généraux et spécialisés, des soins infirmiers, des services psychosociaux spécialisés, des services préventifs et des services de réadaptation. Chacun des bassins sous-régionaux est desservi par un centre hospitalier : ces derniers sont donc au nombre de cinq dans les Laurentides. Le centre hospitalier Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme est l'hôpital régional.

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) [1]

Les CHSLD sont un milieu de vie substitut pour les adultes lourdement atteints par l'âge et la maladie. Ils offrent, notamment, des services d'hébergement, de surveillance, de réadaptation, des services psychosociaux, médicaux, infirmiers et pharmaceutiques. La région des Laurentides compte quatre CHSLD et deux CLSC-CHSLD publics, deux centres privés conventionnés et deux centres privés non conventionnés. Il faut noter cependant que, dans le nord de la région, le Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle assume également la mission de CHSLD, de même que les centres hospitaliers Laurentien à Sainte-Agathe et d'Argenteuil à Lachute.

Les centres de réadaptation (CR) [1]

Les trois centres de réadaptation publics de la région ont une vocation régionale. Chacun d'eux dessert une clientèle particulière, soit les personnes ayant une déficience intellectuelle, les personnes ayant une déficience physique et les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Ils offrent des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale, d'accompagnement et de soutien à l'entourage. Un quatrième établissement, le Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle, offre des services en déficience intellectuelle dans la MRC d'Antoine-Labelle. S'ajoutent à ces centres publics deux centres privés conventionnés de réadaptation en déficience intellectuelle.

Établissement à vocation régionale, le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, **le Centre jeunesse des Laurentides** offre aux jeunes et à leur famille des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale requis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur les jeunes contrevenants. Il est également responsable des services de placement d'enfants et de médiation familiale.

[1] Rapport annuel de la Régie régionale des Laurentides, 2000-2001. Portrait fixé au 31 mars 2001.

Établissements à vocation régionale [1]

Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle
Centre de réadaptation Le Bouclier
Centre du Florès
Centre jeunesse des Laurentides
Pavillon André-Boudreau

Les organismes communautaires [1]

La population des Laurentides peut compter sur l'implication d'environ de près de 200 organismes communautaires dont 125 sont subventionnés par la Régie régionale, principalement grâce au Programme de soutien aux organismes communautaires. Entre 4 000 et 5 000 bénévoles y travaillent en moyenne 139 heures par année.

Les organismes communautaires sont des partenaires à part entière de la Régie régionale et des établissements publics. Ils offrent des services et des activités au sein des communautés, notamment, en soutien aux personnes âgées, aux familles, aux jeunes, aux femmes, aux personnes handicapées, aux malades et aux personnes démunies, aux conjoints violents et aux personnes des communautés culturelles.

Les organismes communautaires participent aux tables de concertation régionales et sous-régionales et à différentes instances décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux, entre autres, au conseil d'administration de la Régie régionale. Néanmoins, ils définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches.

Les cabinets de médecins et les cliniques médicales [1]

Plus de 400 médecins omnipraticiens et de 200 médecins spécialistes travaillent dans la région des Laurentides; ils ont un rôle de premier plan dans l'accessibilité et l'organisation de la prestation des services de santé auprès de la population. La région compte de nombreux cabinets privés et environ 60 cliniques médicales dont plusieurs sont ouvertes le soir et les fins de semaine.

[1] Rapport annuel de la Régie régionale des Laurentides. Portrait fixé au 31 mars 2001.

Les services préhospitaliers d'urgence [1]

Le secteur préhospitalier : les 9 compagnies ambulancières de la région des Laurentides embauchent 210 techniciens ambulanciers. Il y a 35 véhicules équipés à la fine pointe de la dernière technologie. Chacun dispose d'un moniteur défibrillateur semi-automatique, du Combitube, d'un matelas coquille ainsi que de tous les médicaments, fournitures et équipements usuels nécessaires à la prestation des soins préhospitaliers.

Le secteur des premiers répondants[1]: Des ententes tripartites entre la Régie régionale, les municipalités et les services ambulanciers ont permis de former 57 pompiers, citoyens et employés désignés 1er répondants. Les villages qui offrent ce service sont : Amherst, Vendée, Wentworth Nord et Ferme-Neuve. La compagnie Hydro-Québec a fait former 9 employés comme 1er répondants à cause de l'isolement de son site de service dans le nord.

Les services de l'Info-Santé Sociale[1] sont accessibles dans chaque CLSC de la région. L'heure de la couverture s'étend de 8 :30 am à 20 :30 pm. Après 20 :30 heures les lignes téléphoniques basculent à la centrale régionale du CLSC Thérèse de Blainville qui assure la relève auprès de la population des Laurentides en fin de soirée et de nuit.

Les partenaires multisectoriels

La Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides fait régulièrement appel à ses partenaires des autres secteurs de la communauté, en particulier ceux du milieu de l'éducation, de la justice et des secteurs de niveau municipal et socioéconomique. Le partage des préoccupations de chacun contribue à créer des conditions favorables à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Chacun apporte un champ d'expertises qui lui est particulier et qui favorise l'atteinte des objectifs du réseau de santé des Laurentides.

[1] Rapport annuel de la Régie régionale des Laurentides. Portrait fixé au 31 mars 2001.

1.5 LE RÉSEAU DE SANTÉ DE LA RÉGION DES LAURENTIDES (région 15) PAR BASSIN GÉOGRAPHIQUE : portrait au 31 mars 2001. [1]

Bassin de Thérèse-de-Blainville, de Deux-Montagnes et de la partie sud de la MRC de Mirabel :

Centre hospitalier Saint-Eustache
CLSC Jean-Olivier-Chénier
CLSC Thérèse-de-Blainville
CHSLD de la Rive et de Mirabel
CHSLD Deux-Montagnes Inc.*
CHSLD Drapeau Deschambault
Manoir Oka Inc.**
Société en commandite CA l'Ermitage**

Bassin de la Rivière-du-Nord et de la partie nord de MirabeL :

Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
CLSC Arthur-Buies
Les CHSLD de la Rivière-du-Nord
Pavillon Ste-Marie Inc.*
CHSLD Villa Soleil*

Bassin d'Argenteuil [1]:

Hôpital d'Argenteuil
CLSC d'Argenteuil
Résidence de Lachute

Bassin des Laurentides et des Pays-d'en-Haut :

Centre hospitalier Laurentien
Résidence Ste-Marguerite Inc.*
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut
CLSC-CHSLD des Trois Vallées

Bassin d'Antoine-Labelle :

Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle
CLSC des Hautes-Laurentides

---

[1] Rapport annuel de la Régie régionale des Laurentides (2000-2001) : portrait fixé au 31 mars 2001.
* Établissement privé conventionné
** Établissement privé non conventionné

Deuxième partie

LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU

CH
CLSC
CHSLD

CH

Liste des acronymes utilisés dans le texte :

HDSJ	Hôtel-Dieu de St-Jérôme
CHSE	Centre hospitalier St=Eustache
CHL	Centre hospitalier Laurentien
CHA	CLSC-CH d'Argenteuil
CH CR AL	Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle

Les centres hospitaliers

Les années 1990 ont été marquées par d'importantes transformations qui ont touché l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et des Laurentides. Avec ces nombreux changements tels que : le vieillissement de la population, l'accroissement démographique subit dans la région, la hausse des clientèles saisonnières, l'augmentation de nouvelles personnes atteintes de maladies chroniques à pathologies multiples, la pénurie de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels comme les inhalothérapeutes, l'augmentation de la charge de travail qui en résulte, le progrès et l'avancement des technologies biomédicales, il est donc compréhensible de voir apparaître de nombreux problèmes dans les différents secteurs de la santé.

Les centres hospitaliers sont les principaux acteurs touchés par cet imbroglio. Ces bouleversements accroissent de plus en plus la complexité des soins et, du même coup, perturbent significativement la situation des urgences de la région.

Les centres hospitaliers des Laurentides ont subi une coupure entre 1995 et 1997 de 189 lits aux 915 lits disponibles à l'époque[1]. Le rehaussement des services de soins courants et de soutien à domicile offerts par les CLSC, dans le cadre du développement du Programme virage ambulatoire, associé à l'obligation de joindre les efforts collectifs du gouvernement dans la quête de l'équilibre budgétaire imposaient cette réorganisation des ressources hospitalières.

L'impact des premiers hivers suivant cette période s'est fait ressentir, tant au Québec que dans les Laurentides, et en 1999, l'augmentation de la clientèle qui nécessitait une hospitalisation comparativement à la capacité d'accueil des hôpitaux était dramatique, partout au Québec et spécialement dans la région. Dans ce contexte, le Ministère a injecté des budgets spécifiques aux quatre mois d'hiver incitant les Régies régionales à mettre en place des plans de contingence pour répartir la pression subie par les urgences. À cette époque, suite à l'analyse de la pression subie dans les lits de courte durée, la Régie régionale des Laurentides a d'abord rehaussé la capacité des lits de courte durée en santé physique, augmentant de 34, le parc des lits de la région et ceci, de façon permanente. Parallèlement à cette mesure, le plan de contingence régional de 1999 déployait de façon temporaire aux mois d'hiver, un ajustement de la structure d'accessibilité des hôpitaux en favorisant l'ouverture de lits tampons aux unités de soins pour faire face à la demande.

[1] Référer au tableau 6 du présent document : Variation du nombre de lits au permis des CH.

En mars 2001, la région subit une nouvelle réduction de 17 lits de courte durée en santé physique au parc initial des lits de 1999. Ces lits ont été fermés suite aux modalités organisationnelles du Regroupement des établissements d'Argenteuil à Lachute. Le total actuel des lits au permis des hôpitaux se situe à 743. Ce qui représenterait un ratio d'environ 1,56 lits par mille habitants. [1] (2001 : 475 000 habitants) si le taux de rétention était de 100 %.

Compte tenu qu'il est d'environ 75 %, nous considérons le ratio-lits des Laurentides en 2000-2001 à environ 2,08 lits par 1 000 habitants, pour 743 lits de courte durée en santé physique.

À titre d'information, voici un aperçu de ce qu'étaient les ressources hospitalières au Québec en 1998-1999 pour les lits de courte durée, en santé physique et gériatrie, par 1 000 de population, selon les bassins de desserte de chaque région et selon leur taux respectif de rétention.

RÉGIONS	RATIO - LITS par 1 000 de population
01 : Bas Saint-Laurent	2,47
02 : Saguenay-Lac St-Jean	2,42
03 : Québec	2,06
04 : Mauricie et le centre du Québec	2,28
05 : Estrie	2,26
06 : Montréal-centre	2,08
07 : Outaouais	2,52
08 : Abitibi-Témiscamingue	2,28
09 : Côte-Nord	3,08
10 : Nord du Québec	2,60
11 : Gaspésie-Iles de la Madeleine	3,03
12 : Chaudière-Appalaches	1,86
13 : Laval	1,84
14 : Lanaudière	1,72
15 : Laurentides	2,02
16 : Montérégie	1,94
LE QUÉBEC	**2,28**

Sources : MSSS. Info-stats : Direction de la gestion de l'information.
Service du développement de l'information. Juillet 2000.
DGPSE : Direction de la planification stratégique, soins de santé physique et de gériatrie.

[1] Référer au tableau 6 du présent document : Variation du nombre de lits de courte durée au permis des CH :(1995-2001)

Depuis 1999, la région est en plan de contingence à l'année longue. En moyenne, quotidiennement, il y a 40 à 60 lits tampons d'occupés, quelle que soit la période de l'année. La rigueur est donc de mise dans la gestion de l'épisode de soins du patient hospitalisé, elle est bien représentative dans la section du document réservée au PROS. Que ce soit à l'urgence, aux unités de soins des CH, aux services courants et à domicile des CLSC et aux CHSLD, la prestation des services de santé est modélisée depuis quelques années aux différents plans de contingence qui sont produits depuis 1999 par chaque type d'établissement.

La région se préoccupe à ajuster constamment l'accessibilité des services de santé à la demande de soins de la population. Le Programme de soins ambulatoire en CLSC est en place dans les sept territoires de CLSC, la liaison CH-CLSC existe dans toute la région. Une procédure de coordination-gestion dans l'utilisation appropriée des lits est appliquée dans tous les centres hospitaliers des Laurentides. Une politique de détournement d'ambulances est en vigueur toute l'année dans la région.

Les tableaux suivants représentent la performance des centres hospitaliers en 1999-2000. Nous observons une légère augmentation de la durée moyenne de séjour. Elle est significative de la lourdeur des cas gardés en centre hospitalier puisque ceux-ci sont de plus en plus complexes.

La gestion du séjour des patients hospitalisés est très rigoureuse dans la plupart des hôpitaux de la région puisque le manque de lits en courte durée est flagrant. Les personnes hospitalisées, lorsque c'est possible, sont rapidement orientées dans les réseaux existants des programmes de services ambulatoires en CLSC et des services de la médecine de jour en CH.

Le taux d'utilisation de la chirurgie d'un jour est à 83% pour la région; certains hôpitaux gagneraient à augmenter encore l'utilisation de leur CDJ, quant aux cas de longue durée en courte durée, cette problématique n'existe presque pas dans la région. Par contre, nous reconnaissons que la vulnérabilité des ressources humaines occasionne des délais dans l'accès rapide aux médecins spécialistes consultants pour certains centres hospitaliers. La croissance des demandes d'examens diagnostiques spécialisés explique également, en partie les délais de séjour occasionnés par le transfert de clientèles vers les centres hospitaliers qui offrent des services ultra-spécialisés.

Ressources en centres hospitaliers des Laurentides

Tableau 5
Nombre de lits au permis / en courte durée / en santé physique
(septembre 2001)

Par services ou unités de soins en CH	HDSJ	CHSE	CHL	CHA	CH CR AL Annonciation	CH CR AL Mt-Laurier	Total
Médecine	141	116	44	28	14	29	372
CSM	18	15	0	0	0	0	33
Pédiatrie	20	3	0	0	0	3	26
Chirurgie	59	30	12	6	0	10	117
CSC	24	8	2		0	6	40
Obstétrique	14	20	12	0	0	5	51
Gériatrie	18	0	10	0	0	5	23
RFI	8	0	8	8	4	0	38
Soins intensifs	18	8	4	7	2	4	43
Total des lits au permis en courte durée /santé physique	**320**	**200**	**92**	**49**	**20**	**62**	**743**

CDJ (civières. *)	14	15	10	5	0	4	48
Nb civiè :s à l'urgence	21	8	13	8	2	5	57

Note de l'auteur : les civières de CDJ et celles des salles d'urgence ne se calculent pas au total des lits au permis.

Tableau 6
VARIATION du nombre de lits au permis/ en courte durée / en santé physique 1995-2001
(septembre 2001)

Les centres hospitaliers	1995	1997	1998	1999	2000	2001
St-Eustache	190	180	180	200	200	200
Hôtel-Dieu St-Jérôme	416	299	299	320	320	320
Argenteuil	77	66	66	66	57	49
Laurentien	90	85	85	92	92	92
Mt-Laurier	82	76	76	62	62	62
Annonciation	60	20	20	20	20	20
Total	**915**	**726**	**726**	**760**	**751**	**743**

Source : Info-centre, régie régionale des Laurentides, sept.2001

Performance des centres hospitaliers des Laurentides

Tableau 7
LA MÉDECINE

Performance des CH / santé physique :

Excluant : les nouveau-nés (CMD 15)
la santé mentale (CMD 19)
la longue durée dans la courte durée.

Évolution du nombre de cas totaux de médecine / santé physique / courte durée

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	8 338	8 639	11 307
St-Eustache	6 081	7 102	7 914
Laurentien	2 535	2 472	2 512
Argenteuil	1 904	1 767	1 566
Mt-Laurier	1 244	1 766	1 710
Annonciation	561	622	605
Total région 15	20 663	22 368	25 614

Évolution des jours-présence

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	54 896	53 670	57 344
St-Eustache	35 990	40 968	43 211
Laurentien	19 745	20 506	22 423
Argenteuil	14 192	15 791	16 296
Mt-Laurier	10 204	15 564	15 319
Annonciation	6 548	6 686	6 509
Total région 15	141 575	153 185	161 102

Évolution des DMS

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	6,6	6,2	5,1
St-Eustache	5,9	5,8	5,5
Laurentien	7,8	8,3	8,9
Argenteuil	7,4	8,9	10,4
Mt-Laurier	8,2	8,8	9,0
Annonciation	11,7	10,7	10,8
DMS de la région 15	**7,9**	**8,1**	**6,3**

Sources : Tableau de bord. Info-centre des Laurentides (Med-Echo)
Cas totaux, courte durée, santé physique. Tous les âges, tous les niveaux de soins, catégorie médecine. Par CH.
Toutes les CMD sauf CMD 15 et 19. Sauf la longue durée.

Tableau 8
LA CHIRURGIE

Évolution du nombre de cas totaux de chirurgie / santé physique / courte durée

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	3 450	3 531	3 853
St-Eustache	2 139	2 136	2 041
Laurentien	891	902	903
Argenteuil	313	345	281
Mt-Laurier	402	457	518
Total région 15	7 195	7 371	7 597

Évolution des jours-présence

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	30 575	29 556	32 298
St-Eustache	12 092	11 147	10 604
Laurentien	5 291	5 554	5 705
Argenteuil	2 594	2 700	2 221
Mt-Laurier	2 487	2 819	3 123
Total région 15	53 039	51 776	53 953

Évolution des DMS

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	8,9	8,4	8,4
St-Eustache	5,6	5,2	5,2
Laurentien	5,9	6,1	6,3
Argenteuil	8,3	7,2	7,9
Mt-Laurier	6,2	6,2	6,0
DMS de la région 15	**7,0**	**6,6**	**7,1**

Sources : Tableau de bord, Info-centre des Laurentides (Med-Echo)
Cas totaux, courte durée, santé physique. Tous les âges, tous les niveaux de soins, catégorie chirurgie. Par CH.
Toutes les CMD sauf CMD 15 et 19. Sauf la longue durée.

Évolution des listes d'attente en chirurgie

Catégorie de chirurgie	Juillet 96	Juillet 97	Déc.99	Mars 00	Janv 01	Juin 01
Chirurgie d'un jour	1 921	2 058	3 614	3 926	3 567	3 552
Chirurgie ambulatoire	1 497	1 988	3 000	2 868	3 513	3 508
Chirurgie élective	403	465	1 024	1 117	926	850
TOTAL de la région 15 :	**3 821**	**4 511**	**7 638**	**7 911**	**8 006**	**7 910**

Source : Tableau de bord des listes d'attente en CH

Évolution de la chirurgie d'un jour / par rapport aux interventions CDJ ciblées

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	87,5 %	88,5 %	87,8 %
St-Eustache	77,6 %	83,1 %	85,3 %
Laurentien	78,6 %	84,5 %	82,9 %
Argenteuil	78 %	75,8 %	82,4 %
Mt-Laurier	67,3 %	79,6 %	76,5 %
Moyenne régionale d'utilisation de la CDJ	**77,8 %**	**82,3 %**	**83 %**

Source : Tableau de bord, santé physique, Info-centre des Laurentides (Med-Echo)

Tableau 9
LA PSYCHIATRIE

Nombre de lits de courte durée / santé mentale

CH	HDSJ	CHSE	LAUR	ARG	Annonc	Mt-Laurier	TOTAL
Total des lits de courte durée	75	0	12	0	16	0	**103**

Nombre de lits de longue durée / santé mentale

lits de longue durée	64 (Annonciation)
lits médico-légal longue durée et unité complexe	20 (Annonciation)
lits médico-légal (courte durée-long séjour)	10 (Hôtel-Dieu de St-Jérôme)
TOTAL :	94

Volume des admissions / santé mentale / courte durée / excluant tous les cas de longue durée

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	1 231	1 224	1 326
St-Eustache	130	165	193
Laurentien	313	292	389
Argenteuil	52	27	30
Mt-Laurier	72	79	43
Annonciation	329	286	303
Total de la région 15	2 127	2 073	2 284

Évolution des jours-présence / santé mentale / courte durée

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	28 144	29 984	27 368
St-Eustache	1 136	1 587	1 634
Laurentien	4 124	4 666	5 379
Argenteuil	392	244	459
Mt-Laurier	760	824	376
Annonciation	6 375	4 473	4 136
Total de la région 15	40 931	41 778	39 352

Évolution des DMS / santé mentale / courte durée

CH	1997-98	1998-99	1999-2000
H D de St-Jérôme	22, 9 jrs	24,5 jrs	20,6 jrs
St-Eustache	8,7	9,6	8,5
Laurentien	13,2	16	13,8
Argenteuil	7,5	9	15,3
Mt-Laurier	10,6	10,4	8,7
Annonciation	19,4	15,6	13,7
DMS de la région 15	**19,2**	**20,2**	**17,2**

Sources : Tableau de bord, santé mentale, Info-centre des Laurentides (Med-Echo)
Cas totaux, courte durée, santé mentale (CMD 19), Tous les âges, tous les niveaux de soins. Par CH.

Nombre de cliniques externes de psychiatrie sur le territoire de la région 15 :

bassin de desserte du CH HDSJ : 2
bassin de desserte du CH CHSE : 1
bassin de desserte du CH Laurentien : 1
bassin de desserte du CH CR Antoine Labelle : 2
bassin de desserte du CH Argenteuil : 1

CLSC

Les CLSC

Les caractéristiques démographiques de l'accroissement de la population par territoire de CLSC.

La démographie est l'étude statistique des collectivités humaines. Elle serait l'outil le plus puissant et le plus sous-exploité pour comprendre le passé et prédire l'avenir. Selon certains, elle peut expliquer les deux tiers de tout : elle apprend beaucoup de choses sur les produits qui seront en demande dans cinq ans, annonce avec précision le nombre des inscriptions scolaires longtemps à l'avance, révèle quels genres de crimes seront en augmentation, etc. Ce qui s'applique à des domaines aussi divers, s'applique aussi à la santé et, par le fait même, aux services de santé. En ce qui concerne l'impact du vieillissement de la population sur le coût du système de santé, la démographie laisse voir que le pire est encore à venir. Dans ce chapitre, il sera question de la taille de la population et des composantes démographiques qui en déterminent la croissance, de la structure d'âge, du vieillissement de la population et de la taille de la population saisonnière, phénomène intrinsèquement lié à l'achalandage des salles d'urgence des Laurentides.

L'analyse des portraits populationnels des CLSC permet de projeter la hausse probable de l'achalandage des urgences d'ici les 10 prochaines années. Nous pouvons cibler dès 2001, à partir des données démographiques, les territoires de CLSC qui seront les plus concernés dans l'accroissement de la population par groupe d'âge. Les développements de futurs réseaux de services de soins en 1ere ligne s'articuleront judicieusement autour des données 2001-2011.

Le taux d'accroissement de la population par territoire de CLSC

Au cours des dix prochaines années, la population de la région des Laurentides devrait augmenter beaucoup plus rapidement que celle de l'ensemble du Québec. De 2001 à 2011, le taux d'accroissement régional devrait se situer autour de 11,2 %, tandis qu'au Québec, il sera de 3,3 % environ (tableau 10). Depuis le milieu des années 90, la croissance régionale ne se limite plus à la portion sud de la région. Effectivement, les territoires de CLSC Arthur-Buies, Pays-d'en-Haut et Trois-Vallées, situés plus au centre-nord de la région devraient enregistrer une forte croissance démographique.

Tableau 10

Évolution de la taille et du taux d'accroissement de la population par territoire de CLSC.

Les Laurentides et le Québec
(2001 à 2011)[1]

CLSC	Taille de la population			Taux d'accroissement 2001-2011
	2001	2006	2011	
J.-O. Chénier	98 030	103 102	107 932	**10,1 %**
Thérèse-de-Blainville	134 013	143 233	151 288	**12,9 %**
Hautes-Laurentides	35 020	35 156	35 621	**1,7 %**
Arthur-Buies	106 772	115 564	122 947	**15,1 %**
Pays-d'en-Haut	32 184	33 787	35 177	**9,3 %**
Trois-Vallées	39 762	41 957	44 009	**10,7 %**
Argenteuil	29 109	29 988	30 995	**6,5 %**
Région des Laurentides	474 890	502 787	527 969	**11,2 %**
Le Québec	7 399 931	7 535 013	7 645 139	**3,3 %**

[1] Source : Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996 à 2021.*

Spécifiquement, le territoire du CLSC Arthur-Buies

En ce qui concerne plus particulièrement la population du territoire d'Arthur-Buies, au cours des dix prochaines années, celle-ci devrait afficher un taux de croissance supérieur à la moyenne régionale (15,1 %, comparativement à 11,2 % pour l'ensemble de la région). Cette croissance démographique devrait surtout être le fruit de la migration. De fait, il devrait s'agir de la croissance démographique la plus forte de tous les territoires de CLSC de la région. En 2011, ce territoire devrait accueillir autour de 123 000 habitants, soit environ 16 200 de plus qu'en 2001.

Le vieillissement de la population par territoire de CLSC

La nature et la fréquence des problèmes de santé et de bien-être varient principalement en fonction de l'âge des individus. Par conséquent, la structure d'âge de la population, c'est-à-dire la façon dont se répartissent, selon l'âge, les individus qui la composent, détermine grandement le profil de santé de cette population. Une population vieillissante présentera davantage de problèmes de santé chroniques, causant des incapacités, de même que des taux de mortalité accrus.

La population québécoise vieillit parce que les personnes âgées ou relativement âgées, augmentent plus rapidement en nombre que les jeunes. Le faible taux de natalité et l'augmentation de l'espérance de vie constituent les principales causes du vieillissement de la population. La cohorte des *baby-boomers* est le fruit des forts taux de natalité observés entre 1947 et 1966. Les *baby-boomers* ont peu d'enfants et auront une longévité probablement supérieure à celle des personnes âgées d'aujourd'hui. En l'an 2001, les *baby-boomers* sont âgés de 45 à 55 ans. Une dizaine d'années plus tard, c'est-à-dire en 2011, les plus âgés d'entre eux auront 65 ans.

Dans la région des Laurentides, la croissance démographique prévue entre 2001 et 2011 ne sera pas équivalente d'un groupe d'âge à l'autre. De fait, ce sont les personnes âgées de 55 ans ou plus qui devraient voir leurs effectifs croître le plus : 52,1 % chez les 55-64 ans, 39,8 % chez les 65-74 ans et 49,1 % du côté des 75 ans ou plus. Comparée à la région des Laurentides, la province devrait présenter une croissance plus modérée de sa population âgée de 55 ans ou plus.

En contrepartie, dans la région, la croissance sera minime chez les enfants de 0-5 ans (0,5 % de plus) et négative du côté des 6-14 ans (16,4 % de moins).

Répartition selon le groupe d'âge

De 2001 à 2011, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, passera, dans la région, de 10,9 % à 14,0 %. Au terme de cette période, il y aura 22 414 personnes âgées de plus qu'en 2001. Près de 70 % de ces nouveaux effectifs âgés devraient apparaître dans la portion sud de la région. Actuellement et pour quelques années, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus demeure, malgré tout, plus élevée dans les territoires du nord de la région (Hautes-Laurentides, Pays-d'en-Haut, Trois-Vallées) ainsi que dans le territoire du CLSC d'Argenteuil.

Tableau 11
Pourcentage de personnes âgées de 65 à 74 ans et des personnes âgées de 75 ans et plus parmi l'ensemble de la population, selon l'année; par territoire de CLSC; la région des Laurentides versus le Québec

(2001, 2011 et 2021)[1]

Territoire de CLSC	Pourcentage de 65 à 74 ans			Pourcentage de 75 ans ou plus		
	2001	2011	2021	2001	2011	2021
CLSC J.-O. Chénier	5,0	7,3	10,6	3,3	4,2	6,4
CLSC Thérèse-de-Blainville	4,2	6,4	10,1	2,5	3,7	5,8
CLSC Arthur-Buies	6,5	8,0	11,1	4,0	5,2	7,0
CLSC Argenteuil	10,0	10,4	14,2	7,6	9,3	10,5
CLSC Trois-Vallées	10,5	11,4	14,9	6,3	8,6	10,5
CLSC Pays d'en Haut	12,5	13,9	17,2	6,7	9,6	12,3
CLSC Hautes-Laurentides	9,3	11,6	16,0	5,9	8,0	10,6
Région des Laurentides	6,7	8,5	11,9	4,2	5,6	7,6
Le Québec	7,4	8,9	12,4	5,6	7,0	9,1

[1] Institut de la statistique du Québec. *Perspectives démographiques des territoires de CLSC, 1996 à 2021.*

Le taux estimé de la population saisonnière par territoire de CLSC

La population saisonnière se compose des personnes qui occupent une résidence secondaire, dans un territoire donné. La taille de la population saisonnière est difficile à chiffrer avec précision, on ne peut que l'estimer. À partir d'informations qui concernent les abonnés domestiques d'Hydro-Québec, on peut avoir une idée du nombre et de la répartition géographique des résidants saisonniers dans la région des Laurentides.

En 1999, on estime que la population saisonnière se chiffrait, dans la région, à 100 000 personnes environ (tableau 12). Par exemple, Pays-d'en-Haut et Trois-Vallées sont des territoires de CLSC à vocation récréotouristique où la taille de la population saisonnière est très importante. **En ces lieux, la population saisonnière pourrait représenter, en certaines périodes de l'année, plus de 40 % du total des résidants** (permanents ou saisonniers). Suivent Hautes-Laurentides et Argenteuil, où la population saisonnière compterait pour plus du quart de tous les résidants.

Tableau 12
Taille estimée de la population saisonnière par territoire de CLSC au 1er janvier 1999

CLSC	Taille estimée de la population vivant en ménage privé (janvier 1999)		Population saisonnière (1999)	
	résidants permanents[1]	population saisonnière et résidants permanents[2]	taille estimée[3]	en % sur le total des résidants[4]
J.-O. Chénier	92 127	98 703	6 576	6,7
Thérèse-de-Blainville	126 579	131 916	5 337	4,0
Hautes-Laurentides	34 006	48 217	14 211	29,5
Arthur-Buies	102 715	115 295	12 580	10,9
Pays-d'en-Haut	30 771	52 609	21 838	**41,5**
Trois-Vallées	37 691	67 993	30 302	**44,6**
Argenteuil	28 776	38 947	10 171	26,1
La région des Laurentides	452 665	553 680	101 015	18,2

1 Tailles estimées par la DRSP des Laurentides à partir des estimations de l'Institut de la statistique du Québec (juin 1998 et juin 1999) et des données du recensement canadien de 1996 (% de la population vivant en ménage privé).

2 Tailles estimées par le DRSP des Laurentides à partir du nombre d'abonnés à Hydro-Québec (logements domestiques) et des données du recensement canadien de 1996 (nombre moyen de personnes par ménage privé).

3 Correspond à la différence entre les deux versions de tailles de population. Les logements servant de base au calcul de la population saisonnière peuvent inclure certaines des habitations touristiques (hôtels, gîtes, auberges, motels) de 9 chambres ou moins.

4 Pourcentage que représente la population saisonnière sur le total des résidants, incluant la population saisonnière.

Quelques données statistiques permettent de mieux situer les caractéristiques organisationnelles des CLSC qui subissent de fortes pressions en demande de services. Ces constats permettent d'y associer la référence per capita et de nous rendre compte de la pauvreté des ressources financières dont disposent les CLSC de la région 15.

Liste d'attente de soins à domicile

Tableau 13

Évolution du nombre de cas inscrit aux listes d'attente en services à domicile

CLSC	En attente Mars 1997	En attente Mars 1998	En attente Mars 1999	En attente Mars 2000
J.O.Chénier	59	223	49	222
T.Blainville	52	125	65	142
A.Buies	44	60	101	174
Argenteuil	21	10	27	40
P.Haut	0	0	0	62
T.Vallées	0	23	55	105
H.Laurentides	4	0	15	98
Total	**180**	**441**	**312**	**843**

Source : Info-centre, CLSC. Régie régionale des Laurentides. Juin 2000

Le per capita des CLSC

Tableau 14

Évolution du budget per capita / soutien à domicile des CLSC depuis 1995

Année	Injections	Budget	Population totale	Per capita
95-96	323 300 $	10 736 961 $	437 000	**24,57 $**
96-97	2 650 000 $	13 386 961 $	440 933	**30,36 $**
97-98	1 250 000 $	14 636 961 $	448 705	**32,62 $**
98-99	2 086 437 $	16 723 398 $	456 347	**36,65 $**
99-00	1 700 000 $	18 423 398 $	463 230	**39,77 $**
2000-01	1 289 159 $	19 712 557 $	466 814	**42,23 $**

Source : Régie régionale des Laurentides. Coordination financières réseau. Coordination du maintien de l'intégration.

À titre d'information, voici un tableau de référence du MSSS. Notez que la région des Laurentides est la deuxième région la plus défavorisée de la province.

Le per capita des CLSC de la province : 1999-2000

RÉGIONS	Maintien à domicile Per capita
01 : Bas Saint-Laurent	103,30
02 : Saguenay-Lac St-Jean	71,10
03 : Québec	71,50
04 : Mauricie et le centre du Québec	70,50
05 : Estrie	73,47
06 : Montréal-centre	79,40
07 : Outaouais	78,00
08 : Abitibi-Témiscamingue	82,40
09 : Côte-Nord	68,20
10 : Nord du Québec	n.a.
11 : Gaspésie-Iles de la Madeleine	109,40
12 : Chaudière-Appalaches	63,70
13 : Laval	52,20
14 : Lanaudière	43,00
15 : Laurentides	45,00
16 : Montérégie	52,60
LE QUÉBEC	**67,39**

Sources : MSSS. Info-stats : Direction de la gestion de l'information.
Service du développement de l'information. Juillet 2000.
DGPSE : Direction de la planification stratégique, Soutien à domicile

Caractéristiques démographiques - Faits saillants

Au cours des dix prochaines années, c'est le territoire d'Arthur-Buies qui devrait connaître la plus forte croissance démographique (15 % environ) par rapport à tous les territoires de CLSC de la région. Cette augmentation résulterait principalement de l'arrivée de nouveaux résidants sur le territoire. De fait, c'est dans Arthur-Buies que l'accroissement migratoire devrait être le plus important.

De 2001 à 2011, ce sont les personnes âgées de 55 ans ou plus qui devraient afficher la croissance démographique la plus importante et Arthur-Buies est l'un des trois territoires de CLSC où cette croissance devrait culminer. De plus, les jeunes âgés de 15 à 24 ans devraient, dans Arthur-Buies, s'accroître en nombre plus rapidement qu'ailleurs dans la région. En contrepartie, les jeunes âgés de 6 à 14 ans diminueront en nombre au cours des dix prochaines années.

CHSLD

Le réseau intégré pour personnes âgées et adultes en perte d'autonomie (RIPAPA)

Pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, les partenaires de la région des Laurentides ont mis en place un réseau de services spécifique à cette clientèle vulnérable. Ce réseau existe depuis juin 1999. C'est un modèle privilégié pour la mise en place de services coordonnés pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie :

La définition retenue pour le réseau de services intégrés :
Le réseau de services intégrés constitue un continuum de services interreliés et complémentaires visant à apporter une réponse rapide et adaptée aux besoins des personnes âgées ou autres adultes en perte d'autonomie. Il vise à desservir le bon client au bon endroit, au bon moment, par les bonnes personnes.

Le réseau de services intégrés implique donc la présence d'une gamme complète de services dans chacun des territoires ainsi que l'implantation de mécanismes de coordination entre tous les collaborateurs concernés.

Les objectifs du réseau de services intégrés (RIPAPA) :
Le réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie vise les objectifs suivants :

⇒ assurer une **coordination** et une **complémentarité** de tous les établissements et des organismes communautaires associés aux activités du réseau de services intégrés aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie, sur la base des territoires de CLSC;
⇒ privilégier le maintien de la personne âgée et autre adulte en perte d'autonomie dans son **milieu de vie naturel** et rechercher autant que possible des alternatives à l'hébergement institutionnel;
⇒ favoriser le maintien de l'**autonomie** des personnes âgées et autres adultes concernés;
⇒ assurer une **équité** dans l'accès aux services pour toute personne âgée et autre adulte en perte d'autonomie;
⇒ assurer une **accessibilité** géographique aux services, le plus près possible du réseau naturel du bénéficiaire;
⇒ offrir à chaque bénéficiaire un **programme de services adapté** à ses besoins de façon à ce que le bon client soit au bon endroit, au bon moment, avec les bonnes ressources;
⇒ assurer une **autosuffisance** optimale à chaque territoire de CLSC au niveau de la capacité de prise en charge de la clientèle des personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

La clientèle visée dans ce réseau :

Plus particulièrement, **trois clientèles** sont visées par le réseau de services intégrés :

⇒ personnes âgées de 75 ans et plus qui sont à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie permanente;
⇒ personnes âgées de 65 ans et plus qui sont en perte d'autonomie permanente;
⇒ personnes âgées de moins de 65 ans à profil gériatrique qui sont en perte d'autonomie permanente.

La gamme essentielle des services :

En plus des services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population, les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie doivent avoir accès à des services **spécifiques** par le biais du réseau de services intégrés.

Ces services spécifiques sont principalement :

- Les services de soutien à domicile des CLSC
- Les services de soutien à domicile des organismes communautaires
- Les services externes des CHSLD
- Les services gériatriques des centres hospitaliers (à l'interne et en externe)
- Les services d'hébergement temporaire et permanent

- Les services du guichet unique sont en développement

Les CHSLD

Les services d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans la région des Laurentides (région 15)[1]

Les changements socio-démographiques prévus dans notre région des Laurentides d'ici 2006 généreront des impacts sur la demande des services de maintien dans le milieu de vie naturel et des ressources d'hébergement permanent.

Hébergement temporaire :
L'hébergement temporaire de répit, de dépannage et de convalescence vise précisément le maintien à domicile des personnes. Il se combine avec d'autres mesures de maintien dans le milieu de vie naturel au sein d'un continuum de plusieurs services tels que : les services de soutien à domicile des CLSC, les organismes communautaires, les services gériatriques des centres hospitaliers, la médecine de jour en centre hospitalier et les services externes des CHSLD.

Le développement des services ambulatoires en centre hospitalier vient accroître la demande de places en hébergement temporaire pour répondre aux besoins de convalescence des personnes âgées qui ne peuvent pas réintégrer leur domicile immédiatement après leur congé médical en centre hospitalier.

Hébergement permanent :
L'hébergement permanent vise à offrir un milieu de vie stable à une personne en perte d'autonomie lorsque le maintien à domicile de cette personne n'est plus possible.

Comme ce service représente la solution ultime pour répondre aux besoins liés à une lourde perte d'autonomie, l'alourdissement de la clientèle en hébergement permanent, tant à l'admission qu'en cours d'hébergement, nécessite un ajustement constant des ressources aux besoins réels de la personne. Ce souci de qualité maintient le respect et la dignité chez la clientèle.

[1] État de situation octobre 2001. Coordination du maintien de l'intégration.

Situation actuelle de l'hébergement en CHSLD dans notre région

- **Places achetées en CHSLD en sus des permis**
  L'achat de places en sus des lits au permis des CHSLD découle de deux impératifs de gestion auxquels nous étions confrontés face aux engorgements chroniques des urgences de la région : maintenir une gestion optimale du nombre de clients en attente d'hébergement dans des lits de soins de courte durée en centre hospitalier et donner le bon service au bon endroit. La Régie régionale a procédé à acheter des **places supplémentaires** en CHSLD dans plusieurs territoires de la région, compte tenu de l'utilisation optimale des places régulières. Nous comptons présentement 97 places achetées sur base temporaire et non financées de façon récurrente. Nous prévoyons que ce nombre s'élèvera à 140 places au 31 mars 2002 pour un besoin de financement récurrent de 4,5 millions $.

- **Clientèle des adultes de moins de 65 ans**
  La clientèle des **adultes de moins de 65 ans** est une réalité bien présente dans plusieurs CHSLD; elle représente 11 % de l'ensemble de la clientèle hébergée, soit environ 200 clients ; la moitié de ces clients ont moins de 55 ans, soit environ 100 clients ; une partie de cette clientèle pourrait être hébergée dans des ressources spécifiques plus petites et mieux adaptées à leurs besoins.

  Cette clientèle est hébergée en CHSLD faute d'autres ressources d'hébergement ; il s'agit entre autres de personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle, un problème de santé mentale, un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, des sidéens, des personnes ayant des besoins de soins spécialisés (ex. : dialyse rénale).

  La non-actualisation de nouvelles places pour ces personnes pourrait se traduire par des séjours abusifs en centre hospitalier de courte durée, ce qui aurait un impact sur la capacité d'utilisation des lits de courte durée par les clientèles en provenance de l'urgence.

- **Développement des services ambulatoires en centre hospitalier**
  Comme conséquence du développement des services ambulatoires en centre hospitalier, nous retrouvons de plus en plus des clients **en phase pré-terminale ou terminale** en milieu d'hébergement temporaire ou permanent. Cette clientèle ne nécessite plus de soins actifs en centre hospitalier et elle ne peut plus retourner à domicile.

- **Personnes à domicile en attente d'une place en hébergement permanent**
  Compte tenu de nos ressources actuelles, nous éprouvons des difficultés à répondre aux besoins d'hébergement des **clients qui attendent à domicile**. En effet, les personnes en attente d'hébergement dans un lit de courte durée en CH sont souvent prioritaires lorsqu'il s'agit de combler un lit vacant en CHSLD. En conséquence, il arrive souvent que les familles s'épuisent et que leur parent âgé se retrouve à l'urgence du centre hospitalier.

- **Situation de notre région par rapport au reste du Québec**
  En 1999, la région des Laurentides se situait à l'avant-dernier rang des régions du Québec avec un taux d'hébergement de 3,6 % (nombre de lits aux permis des CHSLD / population âgée de 65 ans et plus). Le taux d'hébergement moyen au Québec était alors de 4,3 %.

- **Planification de nouvelles ressources d'hébergement**
  Il nous faut donc élaborer une **planification de nouvelles places** d'hébergement en CHSLD pour les prochaines années en tenant compte des besoins actuels et prévisibles de la clientèle qui nécessite un hébergement en CHSLD, en ressource intermédiaire ou en ressource de type familial, tant au niveau de la clientèle hospitalisée que de la clientèle à domicile.

Plan de développement des nouvelles ressources d'hébergement

Le plan de développement de nouvelles ressources d'hébergement poursuit les objectifs suivants :

- assurer une **accessibilité géographique** optimale aux ressources d'hébergement permanent et temporaire pour la clientèle des personnes âgées et autres adultes en lourde perte d'autonomie, le plus près possible du réseau naturel de l'usager ;

- assurer une équité entre les territoires de CLSC de la région en terme de réponse aux besoins d'hébergement pour la clientèle des personnes âgées et autres adultes en lourde perte d'autonomie;

- viser une utilisation optimale des ressources d'hébergement ;

- réduire les listes d'attente et les délais d'attente pour une ressource d'hébergement, notamment pour les personnes en attente à domicile;

- admettre en hébergement permanent dans les meilleurs délais les personnes âgées en attente d'hébergement dans des lits de soins de courte durée en centre hospitalier.

Le secteur privé d'hébergement

Devant le choix de nombreuses personnes d'opter pour un hébergement en résidence privée, nous voulons développer de plus grandes **alliances entre le public et le privé** et ce, de façon à nous adapter à l'évolution de cette nouvelle demande de services.

Un projet d'appréciation de la qualité des services dans les résidences privées d'hébergement non titulaires d'un permis du MSSS (Programme des Roses d'Or) en concertation avec la FADOQ régionale, les CLSC et les MRC est en cours dans la région depuis le début de l'automne 2001.

Les lits d'hébergement permanent en CHSLD

Tableau 15

LITS D'HÉBERGEMENT PERMANENT EN CHSLD (lits dressés)

ACHATS DE PLACES EN CHSLD (sur base temporaire)

Territoire	Établissement	Installation	Perm.	Achat	Temp.	Install.	Établ.
J.-O. Chénier	Rive et Mirabel	St-Benoît	74		1	75	268
		Manoir St-Eustache	174	7	12	193	
	Deux-Montagnes	Deux-Montagnes	63	6	1	70	70
	Manoir d'Oka	Manoir d'Oka		11		11	11
Total J.0.Chénier			**311**	**24**	**14**	**349**	**349**
T.-de-Blainville	Drapeau-Desch.	Drapeau-Desch.	194		9	203	365
		Hubert-Maisonneuve	153		1	154	
		Boisé Ste-Thérèse		8		8	
Total T.Blainville			**347**	**8**	**10**	**365**	**365**
Arthur-Buies	Rivière-du-Nord	Auberge St-Jérôme	81	8	3	92	315
		Youville	126	6	2	134	
		Lucien G. Rolland	75	3	1	79	
		Centre Jaclo		10		10	
	Villa Soleil	Villa Soleil	147	7	2	156	156
Total Arthur-Buies			**429**	**34**	**8**	**471**	**471**
Argenteuil	CH d'Argenteuil	CH d'Argenteuil	49		1	50	131
		Pavillon Argenteuil	80		1	81	
	Rés. Lachute	Résidence Lachute	52		0	52	52
Total Argenteuil			**181**		**2**	**183**	**183**
Pays-d'en-Haut	CLSC-CHSLD P.Haut	M. Pointe-Bleue	89		2	91	91
Total P.Haut			**89**		**2**	**91**	**91**
Trois-Vallées	CH Laurentien	Pavillon Grignon	48		1	49	104
		Foyer Ste-Agathe	53		2	55	
	CLSC-CHSLD T.Vallées	Résidence St-Jovite	69			69	123
		Résidence Léonard		8		8	
		Résidence Labelle	44		2	46	
Total T.Vallées			**214**	**8**	**5**	**227**	**227**
Antoine-Labelle	CHCR-A.Labelle	L'Annonciation	72	23	1	96	217
		Ste-Anne	120		1	121	
Total A.Labelle			**192**	**23**	**2**	**217**	**217**
Total de la région 15			**1 763**	**97**	**43**	**1 903**	**1 903**

Source : Régie régionale des Laurentides. Sept. 2001

Le taux d'hébergement par territoire de CLSC

Tableau 16
Taux d'hébergement sur le territoire
Le nombre de places en CHSLD versus les personnes de 65 ans

Taux d'hébergement actuel (2000) et taux d'hébergement projeté (2006)
Hypothèse: ajout de 378 nouvelles places

CLSC	65 ans +	65 ans +	Héb.perm	Achats	Héb.temp	Total lits	Taux	Ajout	Total lits	Taux	Taux
	2000	2006	2000	2000	2000	2000	2000	2006	2006	2006	2006
T.BLAINVILLE	8 690	11 364	347	0	10	357	0	108	465	4,09%	3,81%
JO CHENIER	8 009	9 565	311	7	14	332	0		332	3,47%	
ARGENTEUIL	4 995	5 456	171	0	2	173	0	28	201	3,68%	3,68%
A.BUIES	10 903	13 195	429	23	8	460	0	67	527	3,99%	3,99%
P.HAUT	5 374	6 518	88	0	3	91	0	81	172	2,64%	3,22%
T.VALLÉES	6 959	8 263	212	0	7	219	0	85	304	3,68%	
H.LAURENTIDES	5 165	6 017	198	12	2	212	0	9	221	3,68%	3,68%
REGION	50 095	60 378	1 756	42	46	1 844	0	378	2 222	3,68%	3,68%

Tableau 17
Besoin théorique de lits selon un taux de 3,68 %

CLSC	Lits actuels	Lits requis	Écart
	2000	2006	2006
T.BLAINVILLE	357	418	61
JO CHENIER	332	352	20
ARGENTEUIL	183	201	18
A.BUIES	460	486	26
P.HAUT*	91	240	149
T.VALLÉES*	219	304	85
H.LAURENTIDES	212	221	9
REGION	1 854	2 222	368

* La municipalité de Saint-Adolphe est comptabilisée dans le territoire de Trois-Vallées
projection de 516 personnes de 65 ans et plus en 2000

projections de 600 personnes de 65 ans et plus en 2006

Source: Tableau de bord, Infocentre, Régie régionale des Laurentides

Sortie de données: 27 février 2001

L'évolution des lits de longue durée

Tableau 18
Évolution des lits de longue durée dans les CH de la région

Les établissements	1995	1997	1998	1999	2000	2001
HDSJ	28	0	0	0	0	0
CH Laurentien	144	144	104	104	104	104
CH CR Mt-Laurier	0	0	0	0	0	0
CH Argenteuil	121	121	121	121	121	131
CH St-Eustache	0	0	0	0	0	0
CHSLD Drapeau-Deschambault	217	271	357	357	357	357
Total de la région	**510**	**536**	**582**	**582**	**582**	**592**

Troisième partie

PORTRAIT DES URGENCES (1997 - 2001)

Synthèse régionale des principaux indicateurs / évolution sur 4 ans

VISION PROVINCIALE

Au début des années 1990, devant l'inévitable escalade de l'engorgement graduel et chronique des salles d'urgence, le Ministère s'associe deux groupes d'experts, le Groupe stratégique des urgences, le GSU, et plus spécifiquement, le Groupe tactique d'intervention, le GTI, qui tentent de réduire cette problématique en diffusant des indicateurs de performance* liés à l'observation des causes profondes du disfonctionnement des services d'urgence. Cinq ans plus tard, la diffusion des indicateurs n'ayant apporté aucune amélioration dans les urgences du Québec, des objectifs de résultats sont alors clairement identifiés par le MSSS et le GTI et des mesures coercitives de pénalités financières sont imposées aux établissements récalcitrants dès le début des années 1995-96.

*** Indicateurs de performance et de suivi de gestion des urgences à l'époque des années 1990; ils sont toujours d'actualité en 2001 :**

INDICATEURS	CIBLES DE PERFORMANCE
Séjour de 48 heures et plus	Réduire à zéro le taux des personnes qui séjournent sur civière 48 heures et plus.
Séjour de plus de 24 heures et de moins de 48 heures	Tolérance de 15 % de la clientèle sur civière
Séjour moyen des patients qui nécessitent une hospitalisation	12 heures
Séjour moyen des patients non-admis	8 heures
Taux d'occupation moyen des civières	85 à 90 %; taux qui permet d'assurer l'accessibilité des civières en tout temps, pour faire face aux situations de pointe.

En octobre 1999, le Ministère met en place un Forum sur les urgences.

Regroupant 23 organismes, cette tribune devait mettre en commun des solutions efficaces et permanentes aux situations critiques d'engorgement des urgences du Québec.

Découlant de ces travaux, le forum produit 33 recommandations adressées aux différents secteurs du réseau de la santé. Elles servent aujourd'hui d'assise à l'élaboration des PROS des urgences de chaque région du Québec. Elles s'articulent autour des principaux objectifs suivants :

- ✓ Adopter une mission pour l'urgence,
- ✓ Développer une meilleure coordination des services entre les urgences et le réseau.
- ✓ Favoriser la continuité des soins et la prise en charge des clientèles vulnérables, notamment les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes atteintes de maladies chroniques cardiaques, pulmonaires et psychiatriques.
- ✓ Favoriser en priorité l'intégration harmonieuse de l'urgence dans l'hôpital.
- ✓ Gérer les pics d'achalandage en ayant le nombre de civières requis au permis du CH afin d'assurer l'accessibilité des soins et d'éviter les séjours prolongés dans les corridors de l'urgence.
- ✓ Offrir aux clientèles qui se présentent à l'urgence un accès rapide aux consultants, aux plateaux techniques et diagnostiques et aux examens de laboratoire.
- ✓ Soutenir le développement et la stabilité des ressources humaines de l'urgence, favoriser un climat de travail qui suscite la rétention du personnel tant médical qu'infirmier.
- ✓ Offrir aux membres du personnel de l'urgence des équipements adéquats, performants, de dernière pointe, en nombre suffisant pour assurer la mission de l'urgence.

En tenant compte de ces priorités, **chaque établissement a élaboré un plan d'action** qui est centré sur ses propres priorités à mieux gérer son urgence. Chaque plan local d'organisation des services d'urgence se traduit par la consolidation des ententes de services qui existent déjà dans la région et par le développement de nouvelles façons de s'arrimer dans leur milieu local. **Le programme régional de gestion des urgences élabore quant à lui, l'orientation régionale à partir de laquelle s'articuleront les principales actions tant au niveau local, régional que supra -régional.**

VISION RÉGIONALE

CATÉGORISATION DES SALLES D'URGENCE DE LA RÉGION 15.[1]

Les recommandations du Guide de gestion des urgences ne peuvent être appliquées uniformément à l'ensemble des salles d'urgence du Québec. Les exigences de performance ne peuvent être les mêmes pour un centre tertiaire ou secondaire de niveau urbain et un centre de première ligne en région rurale. Afin de faciliter l'atteinte des recommandations, le Guide des urgences s'est basé sur ce que le Collège des médecins du Québec avait suggéré dans le document sur la complémentarité des services d'urgence, soit une ***catégorisation des urgences de toute la province en se basant, en partie, sur la désignation des urgences dans le réseau québécois de la traumatologie***.

Tableau 19

La catégorisation des urgences des Laurentides selon le MSSS :

Centre tertiaire	Aucun
Centres secondaires	Hôtel-Dieu de St-Jérôme St-Eustache
Centres primaires : (salle d'opération disponible)	CH CR Antoine Labelle, site de Mont-Laurier CH Laurentien CH Argenteuil
Centre de stabilisation	CH CR Antoine Labelle, site de l' Annonciation

La région 15 est divisée en sept territoires de CLSC qui s'articulent autour de l'emplacement géographique de six salles d'urgence qui s'étalent du nord au sud sur plus de 250km, par rapport au 1er CH tertiaire accessible sur l'île de Montréal, soit l'urgence du CH Sacré-Cœur de Montréal. Les distances sont les suivantes ::

- CH CR Antoine Labelle, site de Mont-Laurier à 231 km;
- Annonciation est à 174 km,
- CH Laurentien de Ste-Agathe à 88 km,
- CH Argenteuil de Lachute à 68 km,
- CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme (nommé le centre régional des Laurentides) est à 42 km,
- Quant au CH St-Eustache, situé tout au sud de la région, n'est qu'à 26 km.

Les particularités géographiques, touristiques et organisationnelles influencent beaucoup l'utilisation des salles d'urgence de la région. Les distances sous-régionales sont à prendre en considération puisque plusieurs ententes de services sont entérinées entre les salles d'urgence de la région (vers le CH régional de St-Jérôme et le CH tertiaire de Sacré-Cœur de Montréal).

[1] Guide du Collège des médecins. Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients. Déc. 1998.

Ces ententes de services impliquent de nombreux transferts de clientèles et les coûts financiers qui y sont associés sont importants pour les établissements.
Le tableau 20 représente le taux de rétention par territoire de CLSC. Il est intéressant d'observer ces données de rétention sous l'angle de prise de chaque territoire de CLSC. L'évolution du taux de la population par groupe d'âge est tout aussi intéressant et ainsi, le tableau 21 participe à la projection des futurs besoins de services causés par le vieillissement de la population.

Tableau 20

Le taux de rétention / par territoire de CLSC :

CLSC	Population	Taux de rétention 1999-2000
Jean-Olivier Chénier (bassin sud)	98 030	74,9 %
Thérèse de Blainville (bassin sud)	134 013	56,0 %
Arthur-Buies (bassin centre)	106 772	77,8 %
Argenteuil (bassin centre)	29 109	84,8 %
Pays-d'en-Haut (bassin centre)	32 184	74,8 %
Trois-Vallées (bassin centre)	39 762	80,8 %
Hautes-Laurentides (bassin nord)	35 020	77,7 %
Région des Laurentides	**474 890**	
Le Québec	**7 399 931**	

Sources : Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques des territoires de CLSC. 1996-2021.
Régie régionale des Laurentides. Info-Centre. Tableau de bord, santé physique. 1999-2000...

Tableau 21

Taux de la population /selon le groupe d'âge /par territoire de CLSC :

CLSC	0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +
Jean-Olivier Chénier (bassin sud)	21,9	69,8	8,3
Thérèse-de-Blainville (bassin sud)	22,8	70,5	6,7
Arthur-Buies (bassin centre)	19,8	69,7	10,5
Argenteuil (bassin centre)	16,3	66,0	17,7
Pays-d'en-Haut (bassin centre)	13,0	67,8	19,1
Trois-Vallées (bassin centre)	15,4	67,7	16,9
Hautes-Laurentides (bassin nord)	15,9	68,9	15,2
Région des Laurentides	19,8	69,4	10,9
Le Québec	**17,7**	**69,3**	**13,0**

Source : Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques des territoires de CLSC. 1996-2021.

Les urgences situées au nord des Laurentides

La partie nord des Laurentides présente une étendue de territoires ruraux isolés et peu peuplés. Le CH CR Antoine Labelle réuni deux hôpitaux fusionnés depuis 1996 qui offrent deux sites à vocation différente : Mont-Laurier et Annonciation.

Nous ne retenons que la partie santé physique.

⇒ **CH CR AL site de Mont-Laurier**, un CHSGS de 66 lits de courte durée santé physique offre de la médecine, de la chirurgie générale et de l'obstétrique. La catégorisation de son urgence par le MSSS est de niveau primaire. La désignation dans le réseau québécois de traumatologie est également de niveau primaire. La salle d'urgence offre une accessibilité de 5 civières.

Tableau 22

Aperçu des activités à l'urgence de Mont -Laurier

Indicateurs	Mont-Laurier 1999-2000	Mont-Laurier 2000-2001
Total des visites à l'urgence	27 058	26 371
Total des pts/civières	4 324	4 639
Total des pts hospitalisés en provenance / urg.	1 453	1 399
Total des pts arrivés en ambulance	906	1 137
Taux moyen annuel des 48 heures	2,9 %	5,2 %
Taux moyen annuel des 24 heures	15,5 %	16,1 %
Taux moyen annuel d'occupation des civières	104 %	118 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. 2001

⇒ **CH CR AL de l'Annonciation** est un centre multivocationnel qui offre 20 lits de courte durée en santé physique de médecine générale. Aucune salle d'opération n'est disponible dans ce centre. La capacité de l'urgence est de 2 civières. Il est catégorisé service de stabilisation, tant dans le réseau québécois de traumatologie qu'au Collège des médecins. Son service d'urgence réfère toute la clientèle instable aux deux centres primaires qui lui sont désignés soit Mont-Laurier situé à plus de 50 km au nord; et le CH Laurentien de Ste-Agathe, situé à plus de 80km au sud.

Tableau 23

Aperçu des activités à l'urgence de l'Annonciation

Indicateurs	Annonciation 1999-2000	Annonciation 2000-2001
Total des visites à l'urgence	22 422	22 838
Total des pts/civières	2 268	2 500
Total des pts hospitalisés en provenance / urg.	513	604
Total des pts arrivés en ambulance	656	693
Taux moyen annuel des 48 heures	2,8 %	3,4 %
Taux moyen annuel des 24 heures	13 %	13 %
Taux moyen annuel d'occupation des civières	136 %	150 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. 2001

LES TROIS URGENCES DU CENTRE OUEST DES LAURENTIDES

Trois territoires se juxtaposent et leurs centres hospitaliers se situent à moins de 40 km les uns des autres. Ils offrent des services très différents. Ce sont des territoires touristiques dans lesquels la population triple certains mois d'été et d'hiver.

⇒ **CH Laurentien de Ste-Agathe** est un CHSGS de 92 lits de courte durée en santé physique qui offre des services de chirurgie générale et d'obstétrique. Il est désigné niveau primaire dans le réseau québécois de traumatologie et il est désigné comme hôpital receveur des clientèles de traumatologie de l'urgence de l'Annonciation. La capacité de son urgence est de 13 civières. Il est situé à 30 km du centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Jérôme. Il dessert la population de St-Donat, territoire limitrophe de la région de Lanaudière.

Nous ne retenons que la partie santé physique.

Tableau 24
Aperçu des activités à l'urgence du CH Laurentien

Indicateurs	1999-2000	2000-2001
Total des visites à l'urgence	25 075	26 206
Total des pts/civières	7 681	8 179
Total des pts hospitalisés en provenance / urg.	3 044	3 313
Total des pts arrivés en ambulance	3 557	3 862
Taux moyen annuel des 48 heures	3,1 %	2,5 %
Taux moyen annuel des 24 heures	21,3 %	18,1 %
Taux moyen annuel d'occupation des civières	99 %	101 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS.

⇒ **CH Argenteuil à Lachute** est un centre qui regroupe trois types d'établissements qui ont conservé leur mission respective : CH-CHSLD-CLSC. Le CH offre 49 lits de courte durée en santé physique. Des services de chirurgie et de médecine générale y sont disponibles. La capacité de l'urgence est de 8 civières. Il est catégorisé par le Collège de médecine comme centre primaire. À la demande des membres du CMDP et du Conseil d'administration du CH Argenteuil, l'urgence a été retirée du réseau provincial de traumatologie en 2000.

Malgré ce fait, les membres du comité régional de traumatologie des Laurentides considèrent cet hôpital comme ayant un service d'urgence de stabilisation. Les corridors de traumatologie en préhospitalier ont été remaniés en conséquence du retrait du CH Argenteuil comme centre désigné du réseau québécois. Les hôpitaux receveurs de la clientèle de traumatologie à haut-risque de ce territoire sont Hawkesburry en Ontario et l'Hôtel-Dieu à St-Jérôme dans les Laurentides.

Nous ne retenons que la partie santé physique.

Tableau 25
Aperçu des activités à l'urgence du CH Argenteuil

Indicateurs	1999-2000	2000-2001
Total des visites à l'urgence	25 776	30 327
Total des pts/civières	4 438	4 168
Total des pts hospitalisés en provenance / urg.	1 496	1 499
Total des pts arrivés en ambulance	864	841
Taux moyen annuel des 48 heures	0	0,2 %
Taux moyen annuel des 24 heures	8,1 %	9,5 %
Taux moyen annuel d'occupation des civières	70 %	69 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. 2001

⇒ **CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme** est le centre régional des Laurentides. Il offre des services généraux, spécialisés et sur-spécialisés en médecine, chirurgie, pédiatrie et obstétrique. Il possède 320 lits de courte durée en santé physique. Il est un centre régional désigné en médico-légal courte durée - long séjour. Des travaux de décentralisation de ses 75 lits de courte durée en psychiatrie sont actuellement en cours dans la région. Son urgence est catégorisée secondaire. Il est également désigné dans le réseau québécois de traumatologie comme un centre de niveau secondaire. L'urgence offre 21 civières.

Nous ne retenons que la partie santé physique.

Tableau 26
Aperçu des activités à l'urgence du CH Hôtel-Dieu de StJérôme

Indicateurs	1999-2000	2000-2001
Total des visites à l'urgence	44 894	45 834
Total des pts/civières	18 852	19 125
Total des pts hospitalisés en provenance / urg.	12 025	11 663
Total des pts arrivés en ambulance	9 710	9 758
Taux moyen annuel des 48 heures	1,1 %	3,9 %
Taux moyen annuel des 24 heures	6,7%	9,9 %
Taux moyen annuel d'occupation des civières	95 %	129 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. 2001

L'urgence de la partie sud des Laurentides

⇒ **CH St-Eustache** est un CHSGS de 200 lits de courte durée. Il offre des services généraux et spécialisés en médecine, chirurgie, pédiatrie et obstétrique. La majorité des médecins spécialistes sont affiliés au CH St-Eustache sinon ils proviennent des centres hospitaliers de Cité de la santé à Laval, Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (pour l'ophtalmologie et la chirurgie vasculaire). L'urgence dispose de 8 civières et l'établissement est catégorisé par le Collège des médecins et désigné par le réseau québécois de traumatologie comme une salle d'urgence de niveau secondaire.

Nous ne retenons que la partie santé physique.

Tableau 27
Aperçu des activités à l'urgence du CH St-Eustache

Indicateurs	1999-2000	2000-2001
Total des visites à l'urgence	43 233	46 542
Total des pts/civières	14 231	15 306
Total des pts hospitalisés en provenance / urg.	7 987	8 592
Total des pts arrivés en ambulance	5 720	6 379
Taux moyen annuel des 48 heures	0,1 %	0
Taux moyen annuel des 24 heures	0,4 %	0,4 %
Taux moyen annuel d'occupation des civières	105 %	127 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. 2001

PROBLÉMATIQUE DES URGENCES

Pour cerner la problématique vécue dans les urgences de la région, nous présentons dans cette partie du document, un aperçu étalé sur six années, de l'évolution de l'achalandage des clientèles et de la pression subie par les urgences des Laurentides. Seuls les principaux indicateurs de suivi de performance des urgences retenus dans les ententes de gestion MSSS/Régies seront utilisés. Ils permettent d'analyser plus facilement le volume des activités aux urgences. Quant aux clientèles vulnérables qui sont gardées sur civières, celles-ci sont présentées plus spécifiquement aux tableaux 36, 37, 38 et 39.

LES VISITES

Définition de la visite: tout citoyen qui se présente à l'urgence pour recevoir des soins requis par sa condition médicale.

Évolution du nombre de visites

Tableau 29

Évolution du nombre de visites aux salles d'urgence :

Année	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	2000-01
Nb de visites	185 021	179 774	178 518	184 218	186 448	198 118

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS.

Les centres hospitaliers des sous-régions de ST-Jérôme, Ste-Agathe et St-Eustache sont les plus touchés par la hausse des visites aux urgences. L'hôpital de St-Eustache, à lui seul, a subi une hausse dans la dernière année de plus de 3 309 visites, soit 8 %.

Quant aux urgences du nord, secteurs, les visites sont stables à l'Annonciation et légèrement à la baisse à Mont-Laurier.

Au CH-CHSLD-CLSC d'Argenteuil, Le regroupement des trois établissements a modifié le mode de fonctionnement des cliniques externes et du secteur ambulatoire de l'urgence. Ce qui laisse présumer que la hausse de 5 000 visites dans la dernière année, s'explique par ce nouveau fonctionnement. Les salles d'urgence à faible débit comme Argenteuil et Annonciation sont souvent considérées par la population comme étant la seule porte d'entrée des soins de première ligne. Ces villes n'ont pas de cliniques médicales privées qui offrent le service sans rendez-vous en heures défavorables, pour une raison de masse critique. La population est invitée à se rendre à l'urgence 24h /24. Une application rigoureuse de la définition de l'urgence dans ces villes risquerait de provoquer leur fermeture.

LES CIVIÈRES

Définition du patient-civière : Afin d'optimiser l'utilisation des civières, il est recommandé de coucher sur une civière les patients qui présentent les conditions suivantes :

- Pathologie à risque de morbidité, de mortalité (prise en charge immédiate)
- Instabilité des signes vitaux
- Exacerbation des symptômes
- Symptômes incapacitants, empêchant l'ambulation
- Douleur importante
- Condition psychiatrique nécessitant une demande de protection immédiate.

- Les patients arrivés en ambulance ne sont pas catégorisés immédiatement comme cas-civière. Ils doivent passer comme tous les autres, par le processus du triage et certains d'entre eux seront orientés vers la salle d'attente.
- L'augmentation de 26,3% de la clientèle sur civières observée depuis six ans est fort préoccupante. Elle est intimement liée à l'augmentation des visites et elle présage de la lourdeur des cas car, un patient sur quatre qui se présente à la porte d'entrée des urgences (les visites) nécessite un séjour sur civière; paradoxalement, un patient sur deux gardés sur civière (patient-civière) est arrivé par ambulance.
- Environ 50 % du total des patients-civières sont hospitalisés.

Évolution du nombre de cas sur civières

Tableau 30

Évolution du nombre de personnes gardées sur civière :

Année	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	99-2000	2000-01
Nb de patients /civières :	41 028	43 482	46 303	46 685	51 794	53 917
Taux que représente les pts/civières par rapport au total des visites :	22 %	24 %	26 %	25 %	28 %	27 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS.

LES ARRIVÉES PAR AMBULANCE

Évolution exponentielle! Une hausse de 6 400 arrivées de patients par ambulance en 4 ans. Le CH St-Eustache est le plus marqué par cette hausse.

Dans la région, en moyenne 42 % des patients gardés sur une civière sont arrivés par ambulance ....c'est presque 1 sur 2 personnes de la clientèle totale gardée sur civière. Les critères d'utilisation des civières sont rigoureusement appliqués puisque déjà, nos urgences manquent de disponibilité en civières. Environ 15% des patients arrivés en ambulance sont orientés vers la salle d'attente. L'impact lié au nombre de cas ambulance-civière est de première importance pour analyser la pression subie dans les urgences de certains hôpitaux de la région.

La politique du MSSS liée au financement du transport par ambulance a connu une diffusion publicitaire très importante dans les Laurentides. Tous les citoyens savent très bien que le transport ambulancier n'est plus gratuit pour les personnes âgées de 65 ans et plus et aux personnes recevant des prestations d'aide sociale pour qui, c'était auparavant tout à fait gratuit. Afin de gérer cette **Politique du transport médicalement requis**, chaque centre hospitalier a nommé un gestionnaire médical responsable de la révision de la pertinence du transport ambulancier. S'il est jugé non pertinent, le CH ne paye pas le transport et c'est le patient qui doit payer la facture envoyée par la compagnie ambulancière. Les cas litigieux sont traités par la Régie régionale. L'évolution du nombre de transports ambulanciers dans les Laurentides est d'autant plus impressionnant que le citoyen n'utilise plus ce moyen de transport vers l'urgence à la légère.

Évolution du nombre de patients arrivés en ambulance

Tableau 31

Évolution du nombre de patients arrivés par ambulance et gardés sur civière :

Année	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	99-2000	2000-01
Nb de pts arrivés par ambulance et gardés sur civière	15 952	16 327	16 902	17 964	21 413	22 670
Taux que représente les pts/amb/civ par rapport au total des pts/civières.	38,8 %	37,5 %	36,5 %	38,5 %	41,3 %	42,1 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS.
Le taux présenté dans ce tableau est le taux d'arrivées en ambulance pour les patients civière seulement, puisque le Registre du MSSS des urgences comptabilise spécifiquement que la clientèle-civières.

LES HOSPITALISATIONS EN PROVENANCE DE L'URGENCE

Définition : tout patient hospitalisé directement à partir de l'urgence. Cette notion comprend les patients qui quittent l'urgence pour être dirigés directement à la salle d'opération. Ils sont considérés hospitalisés.

La salle d'urgence est encore l'une des principales porte d'entrée du réseau de santé des Laurentides, surtout pour les malades qui nécessitent une hospitalisation.

Cette porte est saturée et les services d'urgence de la région répondent difficilement à la demande. Pourtant dans la région, l'organisation des soins et des services liés au Programme virage ambulatoire a beaucoup favorisé le déploiement de nouveaux paradigmes dans la pratique médicale. Les cliniques médicales ont rehaussé leur prestation des services maintenant offerts à la population. Quant aux soins courants et aux services de soutien à domicile des CLSC, ceux-ci font partis de l'émergence des nouvelles mesures mises en place pour les citoyens afin de leur éviter l'urgence et de réduire leur temps d'hospitalisation. Ces mesures dites alternatives ont réduit considérablement le syndrome de la porte tournante de l'urgence.

Évolution du nombre de cas d'hospitalisation en provenance de l'urgence

Tableau 32

Évolution du taux de patients hospitalisés par rapport au total des patients civières, incluant la psychiatrie et la pédiatrie.

Année	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-2000	2000-01
Nb de cas hospitalisés en provenance de l'urgence	18 363	20 348	22 000	23 041	26 518	27 070
Pourcentage des pts /hospitalisés par rapport au total des pts gardés sur civière	44,7 %	46,7 %	47,5 %	49,3 %	51,2 %	50,2 %

Par rapport aux cas totaux hospitalisés dans tout le CH : (excluant les nouveau-nés)

Nb de cas totaux hospitalisés dans le CH (exc. CMD 15)	N/A	N/A	34 668	36 460	40 134	41 140
Pourcentage des pts/hospitalisés en provenance de l'urgence par rapport au total des pts hospitalisés dans les CH de la région.	N/A	N/A	63,5 %	63,2 %	66 %	65,8 %

Sources : Registre de la clientèle sur civières, MSSS
Info-centre. Med-Echo. Système comptable des CH.

Évolution des DMS sur civière : les 48 heures et les 24 heures

Tableau 33
Évolution de la durée de séjour sur civières (la moyenne régionale).

Année	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01
DMS des pts-admis (**norme : 12 hres**)	13 hres	14 hres	11 hres	15 hres	13 hres	14 hres
DMS des pts qui ont congé (**norme : 8 hres**)	10 hres	8 hres	8 hres	10 hres	9 hres	9 hres

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS

Tableau 34
Évolution du taux des 48 heures sur civière :

Année	93-94	95-96	96-97	97-98	98-99	99-2000	2000-01
taux des 48 hres (norme : zéro)	10,4 %	2,6 %	3 %	1,9 %	2,4 %	1,7 %	2,5 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS

Tableau 35
Évolution du taux des 24 heures sur civière :
(Le nombre de cas ayant séjourné plus de 24 heures et moins de 48 heures n'est colligé que depuis 1998.)

Année	1998-1999	1999-2000	2000-2001
taux des plus de 24 heures et moins de 48 heures (**norme : 15 %**)	14,8 %	10,8 %	11,2 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

Monitoring de la clientèle sur civière à l'urgence

Synthèse régionale

Année 2000-2001

														Moy. ou
Période	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	total
Nb de visites à l'urgence	11 122	14 368	14 844	15 235	16 219	14 964	15 093	15 064	14 556	14 929	15 940	16 631	19 153	198 118
Nb de patients civières	3 143	3 926	3 977	4 045	4 272	4 040	4 106	4 027	3 881	4 091	4 342	4 514	5 553	53 917
Pts hosp. prov. urg.	1 633	2 083	2 113	1 977	2 016	2 013	2 124	2 070	1 972	2 023	2 179	2 168	2 699	27 070
DMS pts non-hosp. (hrs)	11	9	10	9	8	9	9	9	9	8	9	9	9	9
DMS pts hosp. (hrs)	18	14	14	14	13	13	12	14	14	13	14	14	15	14
DMS santé mentale (hrs)	15	12	12	11	13	16	15	13	12	12	13	11	14	13
Délai avant dem. hosp. (hrs)	6	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6
Délai après dem. hosp. (hrs)	14	9	9	8	6	7	7	8	8	8	8	8	9	8
Total amb. à l'urgence	1 227	1 480	1 623	1 762	1 817	1 639	1 633	1 597	1 562	1 846	1 935	2 099	2 450	22 670
Personnes/jour/corridor	3	1	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2
(%) 24 heures	12,4	12,7	14,3	10,9	9,8	10,4	9,0	10,5	11,7	9,8	11,7	11,2	10,8	11,2
(%) 48 heures	3,2	2,0	3,1	2,7	1,3	2,2	1,8	4,1	2,6	2,1	2,2	2,6	2,8	2,5
(%) taux occ. civières	118	108	112	118	116	118	108	112	110	108	124	124	127	116
(%) pers + de 65 ans/pts civ.	34	34	34	32	32	33	31	34	33	32	34	31	33	33
Nb pers. + de 65 ans	1 053	1 346	1 367	1 296	1 376	1 348	1 270	1 380	1 289	1 290	1 458	1 418	1 809	17 700
Nb de cas d'ACR	À compléter ultérieurement													
Nb de cas de tr. cardiaques	521	604	566	555	565	607	634	599	564	554	619	546	759	7 693
Nb de cas de tr. mentaux	247	285	332	316	301	325	336	319	291	294	310	322	386	4 064
Nb de tr. respiratoires	383	469	487	421	350	338	475	467	442	508	708	661	714	6 423
Nb de cas de traumatisme	À compléter ultérieurement													
Nb de trauma à haut risque	17	34	29	41	18	35	15	46	23	31	21	16	23	349
Tot. pts transférés prov. urg.	120	116	102	142	117	126	134	114	93	135	125	133	165	1 622
Nb total de 0-14 ans	301	298	312	317	313	266	283	250	255	375	411	438	493	4 312
Nb de 0-14 ans hosp.	118	136	123	118	101	105	126	111	113	162	174	171	189	1 747
Nb de 0-14 ans transf.	33	25	17	33	28	16	24	19	29	33	33	23	18	331
DMS 0-14 ans	6,0	6,2	5,1	9,4	4,4	5,3	4,7	5,3	4,0	4,7	4,7	4,7	5,7	5,4
Nb pers. + de 75 ans	567	736	741	724	768	741	722	757	758	687	819	804	996	9 820
Nb + de 75 ans card.	134	148	160	149	163	165	163	171	168	133	178	148	190	2 070
Nb + de 75 ans card. hosp.	100	108	115	104	110	109	128	117	119	90	136	104	132	1 472
Nb + de 75 ans card. transf.	1	0	3	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	13
Nb + de 75 ans trauma.	À compléter ultérieurement													
Nb + de 75 ans trauma. hosp.														
Nb + de 75 ans trauma. transf.														
Nb + de 75 ans tr. resp.	92	149	147	134	125	105	113	137	140	126	226	206	210	1 910
Nb + de 75 ans tr. resp. hosp.	69	112	120	105	94	78	89	110	112	98	178	164	165	1 494
Nb + de 75 ans tr. resp. transf.	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	1	8
(DMS) + de 75 ans (heures)	20	13	14	12	11	11	10	12	13	11	13	13	14	13

rlyurgregmsss/00-01

Sources: Registre de la clientèle sur civières, MSSS, RRSSS Laurentides

Octobre 2001

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

Monitoring de la clientèle sur civière à l'urgence
Centre Hospitalier St-Eustache
Année 2000-2001

														Moy. ou
Période	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	total
Nb de visites à l'urgence	2 677	3 476	3 595	3 462	3 464	3 480	3 614	3 605	3 556	3 635	3 738	3 917	4 323	46 542
Nb de patients civières	926	1 189	1 200	1 157	1 192	1 193	1 187	1 128	1 145	1 154	1 159	1 223	1 453	15 306
Pts hosp. prov. urg.	513	655	683	657	663	647	659	605	635	647	671	702	855	8 592
DMS pts non-hosp. (hrs)	4,6	4,5	4,6	5,3	5,3	5,0	4,8	5,2	5,0	5,5	5,6	5,7	6,0	5,1
DMS pts hosp. (hrs)	5,8	5,5	5,5	6,4	6,2	6,3	6,4	6,5	6,6	6,7	8,2	6,5	6,9	6,4
DMS santé mentale (hrs)	6,6	5,1	5,6	6,0	7,6	6,7	6,1	4,8	6,3	6,3	7,5	6,1	7,4	6,3
Délai avant dem. hosp. (hrs)	3,7	3,8	4,0	5,0	4,9	5,1	5,1	5,3	5,3	5,6	5,6	5,5	5,4	4,9
Délai après dem. hosp. (hrs)	2,1	1,7	1,6	1,6	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,1	2,8	1,1	1,7	1,5
Total amb. à l'urgence	349	443	496	506	504	478	469	440	481	522	530	546	615	6 379
Personnes/jour/corridor	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	5	4	4	3
(%) 24 heures	0,3	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	2,2	0,3	0,4	0,4
(%) 48 heures	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
(%) taux occ. civières	114	110	114	127	128	126	125	124	125	131	152	140	140	127
(%) pers + de 65 ans/pts civ.	29	32	32	29	32	31	28	35	33	32	35	31	33	32
Nb pers. + de 65 ans	271	382	389	341	377	366	337	390	374	369	407	378	478	4 859
Nb de cas d'ACR	À compléter ultérieurement													
Nb de cas de tr. cardiaques	176	205	198	168	153	184	197	179	185	196	194	151	220	2 406
Nb de cas de tr. mentaux	34	43	46	53	32	45	46	30	32	43	38	34	56	532
Nb de tr. respiratoires	114	143	142	139	108	101	126	129	134	146	206	180	180	1 848
Nb de cas de traumatisme	À compléter ultérieurement													
Nb de trauma à haut risque	4	3	5	3	2	1	4	4	1	1	2	3	5	38
Tot. pts transférés prov. urg.	27	29	18	24	23	23	26	25	24	31	25	22	31	328
Nb total de 0-14 ans	100	104	108	103	89	97	97	80	89	101	98	123	125	1 314
Nb de 0-14 ans hosp.	32	45	45	41	35	35	40	29	27	45	48	64	60	546
Nb de 0-14 ans transf.	12	8	4	8	5	4	4	12	14	10	9	3	3	96
DMS 0-14 ans	4,5	3,8	3,6	5,0	4,5	4,9	4,5	5,4	4,9	5,6	4,7	5,2	5,7	4,8
Nb pers. + de 75 ans	143	199	222	209	222	223	202	220	215	202	246	215	271	2 789
Nb + de 75 ans card.	42	34	45	43	48	51	43	48	52	50	48	30	50	584
Nb + de 75 ans card. hosp.	29	25	32	26	30	29	31	28	37	34	36	21	35	393
Nb + de 75 ans card. transf.	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	6
Nb + de 75 ans trauma.	À compléter ultérieurement													0
Nb + de 75 ans trauma. hosp.														0
Nb + de 75 ans trauma. transf.														0
Nb + de 75 ans tr. resp.	21	50	46	52	44	39	32	47	51	47	79	57	57	622
Nb + de 75 ans tr. resp. hosp.	17	40	39	43	35	32	28	37	40	37	65	51	47	511
Nb + de 75 ans tr. resp. transf.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3
(DMS) + de 75 ans (heures)	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	6	7	6

rj/urg/regmsss/00-01

Sources: Registre de la clientèle sur civières, MSSS. RRSSS Laurentides

Octobre 2001

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

Monitoring de la clientèle sur civière à l'urgence
CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme
Année 2000-2001

														Moy. ou
Période	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	total
Nb de visites à l'urgence	2 731	3 420	3 485	3 424	3 383	3 367	3 412	3 530	3 369	3 546	3 816	3 863	4 488	45 834
Nb de patients civières	1 100	1 368	1 413	1 383	1 425	1 344	1 468	1 490	1 376	1 481	1 605	1 639	2 033	19 125
Pts hosp. prov. urg.	733	948	882	787	854	830	917	936	839	895	956	909	1 177	11 663
DMS pts non-hosp. (hrs)	7	6	7	9	8	12	11	8	8	7	9	8	7	8
DMS pts hosp. (hrs)	11	9	12	14	13	16	14	13	12	12	13	11	12	12
DMS santé mentale (hrs)	23	18	18	13	23	54	47	22	20	31	20	15	24	25
Délai avant dem. hosp. (hrs)	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Délai après dem. hosp. (hrs)	6	5	8	11	10	12	11	9	8	8	9	8	8	9
Total amb. à l'urgence	533	656	699	738	765	674	725	691	657	782	823	913	1 102	9 758
Personnes/jour/corridor	3	1	3	6	6	10	9	7	4	6	10	6	6	6
(%) 24 heures	9,6	9,4	10,1	10,1	10,0	11,0	9,6	11,1	9,6	8,9	11,4	8,7	9,0	9,9
(%) 48 heures	1,8	1,0	2,2	5,6	4,2	6,7	5,0	4,6	4,7	4,4	4,4	3,3	3,4	3,9
(%) taux occ. civières	104	91	116	134	125	160	150	136	118	127	152	133	131	129
(%) pers + de 65 ans/pts civ.	33	33	33	33	31	31	30	33	30	29	33	31	31	32
Nb pers. + de 65 ans	361	448	463	451	443	422	437	499	419	433	528	507	637	6 048
Nb de cas d'ACR	3	5	7	11	2	5	6	4	9	10	4	9	7	82
Nb de cas de tr. cardiaques	151	184	155	153	189	181	202	194	164	157	209	172	232	2 343
Nb de cas de tr. mentaux	141	159	198	179	176	187	188	178	164	155	174	176	217	2 292
Nb de tr. respiratoires	129	159	168	141	102	102	166	168	157	196	276	254	249	2 267
Nb de cas de traumatisme	128	189	198	240	266	209	210	197	183	255	285	332	353	3 045
Nb de trauma à haut risque	1	4	9	3	3	7	7	2	2	4	2	2	1	47
Tot. pts transférés prov. urg.	12	14	21	25	8	14	19	17	12	15	26	25	23	231
Nb total de 0-14 ans	118	121	125	118	110	89	119	107	120	164	187	185	215	1 778
Nb de 0-14 ans hosp.	81	85	72	62	58	59	79	69	83	103	115	94	116	1 076
Nb de 0-14 ans transf.	4	5	2	8	0	2	7	2	2	5	8	7	2	54
DMS 0-14 ans	3,5	3,8	3,5	3,5	3,0	3,6	3,7	4,1	3,9	3,8	4,1	3,9	3,6	3,7
Nb pers. + de 75 ans	197	242	235	243	237	204	238	280	239	211	282	290	337	3 235
Nb + de 75 ans card.	45	53	50	46	61	49	63	63	54	31	73	63	60	711
Nb + de 75 ans card. hosp.	39	46	41	41	53	42	58	55	44	26	61	50	56	612
Nb + de 75 ans card. transf.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nb + de 75 ans trauma.	18	25	31	29	33	19	27	34	23	34	28	25	35	361
Nb + de 75 ans trauma. hosp.	8	18	18	15	19	10	13	21	12	17	21	13	17	202
Nb + de 75 ans trauma. transf.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	2	6
Nb + de 75 ans tr. resp.	33	32	38	32	28	22	27	39	36	34	68	59	59	507
Nb + de 75 ans tr. resp. hosp.	24	25	32	20	21	17	20	32	30	25	53	40	44	383
Nb + de 75 ans tr. resp. transf.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
(DMS) + de 75 ans (heures)	9	8	10	14	13	11	10	12	13	10	15	13	11	11

rl/urg/regmsss/00-01

Sources: Registre de la clientèle sur civières, MSSS. RRSSS Laurentides

Octobre 2001

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

Monitoring de la clientèle sur civière à l'urgence
Centre hospitalier Laurentien
Année 2000-2001

														Moy. ou
Période	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	total
Nb de visites à l'urgence	1 293	1 718	1 819	2 151	2 418	2 123	2 050	1 914	1 844	1 902	2 158	2 176	2 640	26 206
Nb de patients civières	498	502	527	629	657	624	610	561	555	636	717	744	919	8 179
Pts hosp. prov. urg.	179	226	241	260	249	275	276	249	252	244	256	285	321	3 313
DMS pts non-hosp. (hrs)	26	14	12	11	9	10	12	10	11	9	9	8	8	11
DMS pts hosp. (hrs)	33	25	24	19	15	14	15	17	17	17	17	19	17	19
DMS santé mentale (hrs)	14	13	19	17	18	13	18	14	14	14	13	19	21	16
Délai avant dem. hosp. (hrs)	6	5	6	6	6	6	6	5	6	5	4	6	6	6
Délai après dem. hosp. (hrs)	42	21	20	14	10	8	10	12	12	13	13	14	12	15
Total amb. à l'urgence	196	201	246	275	317	299	242	259	251	319	372	424	461	3 862
Personnes/jour/corridor	9	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
(%) 24 heures	26,0	28,7	27,4	19,7	11,3	10,8	16,2	17,0	19,3	15,9	13,5	16,6	13,3	18,1
(%) 48 heures	8,5	6,2	5,6	2,9	0,9	0,8	0,7	1,3	0,7	0,5	1,8	1,4	0,8	2,5
(%) taux occ. civières	170	131	106	102	87	81	91	84	86	87	96	105	95	101
(%) pers + de 65 ans/pts civ.	35	39	36	31	34	37	33	38	35	31	29	32	30	33
Nb pers. + de 65 ans	173	198	188	197	225	229	199	212	192	194	206	235	280	2 728
Nb de cas d'ACR	3	7	5	4	0	8	4	6	3	10	6	4	7	67
Nb de cas de tr. cardiaques	79	92	86	89	93	94	92	94	77	79	95	85	137	1 192
Nb de cas de tr. mentaux	39	39	55	50	58	53	58	59	48	54	53	65	56	687
Nb de tr. respiratoires	63	62	55	45	49	53	66	62	61	63	82	78	94	833
Nb de cas de traumatisme	74	63	76	105	99	99	61	66	52	145	180	211	241	1 472
Nb de trauma à haut risque	3	5	4	3	3	5	0	8	2	3	3	3	7	49
Tot. pts transférés prov. urg.	42	31	22	31	46	33	31	32	18	46	36	40	56	464
Nb total de 0-14 ans	48	24	27	32	58	31	20	20	15	53	71	76	99	574
Nb de 0-14 ans hosp.	1	1	1	4	4	2	2	0	0	3	3	4	5	30
Nb de 0-14 ans transf.	13	6	5	7	14	5	6	4	5	11	11	10	10	107
DMS 0-14 ans	6,6	10,0	6,3	7,0	5,3	7,5	5,2	6,8	4,4	4,4	4,2	4,4	4,9	5,9
Nb pers. + de 75 ans	90	106	104	109	134	133	116	112	119	100	106	134	155	1 518
Nb + de 75 ans card.	12	27	24	21	19	21	20	33	17	12	24	25	35	290
Nb + de 75 ans card. hosp.	9	20	16	14	11	15	16	21	11	7	20	16	22	198
Nb + de 75 ans card. transf.	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Nb + de 75 ans trauma.	12	6	8	5	13	16	12	8	5	12	5	12	9	123
Nb + de 75 ans trauma. hosp.	5	1	1	2	5	5	6	3	0	3	2	3	5	41
Nb + de 75 ans trauma. transf.	3	0	1	1	4	2	3	1	4	2	1	2	1	25
Nb + de 75 ans tr. resp.	15	24	19	11	24	15	15	21	25	17	22	35	26	269
Nb + de 75 ans tr. resp. hosp.	9	21	18	10	20	10	11	18	23	17	18	34	23	232
Nb + de 75 ans tr. resp. transf.	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
(DMS) + de 75 ans (heures)	65	24	22	17	13	12	13	17	17	18	15	17	15	21

rl/urg/regmsss/00-01

Sources: Registre de la clientèle sur civières, MSSS RRSSS Laurentides

Octobre 2001

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

Monitoring de la clientèle sur civière à l'urgence
Hôpital d'Argenteuil
Année 2000-2001

														Moy. ou
Période	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	total
Nb de visites à l'urgence	1 525	2 084	2 176	2 243	2 377	2 316	2 427	2 288	2 202	2 286	2 473	2 787	3 143	30 327
Nb de patients civières	236	360	352	300	343	302	321	287	295	293	321	330	428	4 168
Pts hosp. prov. urg.	85	108	135	101	101	106	118	113	117	103	124	126	162	1 499
DMS pts non-hosp. (hrs)	10	12	13	11	11	11	10	11	11	10	11	11	12	11
DMS pts hosp. (hrs)	15	14	14	12	13	15	11	13	12	10	12	12	13	13
DMS santé mentale (hrs)	12	8	13	11	11	12	9	14	10	6	11	8	12	11
Délai avant dem. hosp. (hrs)	12	11	11	10	11	11	9	10	9	8	9	10	10	10
Délai après dem. hosp. (hrs)	4	3	3	2	2	4	2	3	3	2	2	2	3	3
Total amb. à l'urgence	52	68	65	67	69	46	53	57	55	70	62	65	112	841
Personnes/jour/corridor	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(%) 24 heures	10,2	10,0	13,9	8,3	11,7	11,9	5,6	7,7	9,8	6,1	10,3	8,2	9,8	9,5
(%) 48 heures	0,4	0,3	1,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
(%) taux occ. civières	66	83	90	62	70	70	60	63	62	52	67	70	76	69
(%) pers + de 65 ans/pts civ.	41	39	39	40	38	40	37	38	43	39	38	39	43	39
Nb pers. + de 65 ans	97	139	136	121	130	121	118	110	128	114	121	128	183	1 646
Nb de cas d'ACR	3	4	5	1	3	1	2	1	2	4	2	4	1	33
Nb de cas de tr. cardiaques	45	54	61	63	58	62	66	53	62	55	42	64	75	760
Nb de cas de tr. mentaux	7	14	9	7	10	17	12	12	12	8	12	5	18	143
Nb de tr. respiratoires	29	51	62	36	35	33	52	41	40	40	57	73	63	612
Nb de cas de traumatisme	12	12	13	14	15	13	5	10	12	12	6	9	14	147
Nb de trauma à haut risque	3	3	2	8	1	1	1	0	0	2	0	2	1	24
Tot. pts transférés prov. urg.	19	16	19	20	11	14	17	10	11	15	12	14	18	196
Nb total de 0-14 ans	13	26	24	21	20	14	16	9	8	24	22	19	19	235
Nb de 0-14 ans hosp.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
Nb de 0-14 ans transf.	1	2	5	2	0	2	3	0	2	3	2	3	2	27
DMS 0-14 ans	11,7	6,5	10,0	9,2	6,2	10,7	6,8	7,8	6,3	6,6	7,7	8,2	9,4	8,2
Nb pers. + de 75 ans	55	86	76	66	73	72	66	60	82	73	72	83	111	975
Nb + de 75 ans card.	19	15	18	13	17	23	18	11	23	17	6	22	27	229
Nb + de 75 ans card. hosp.	13	9	11	7	8	11	11	7	14	9	3	14	11	128
Nb + de 75 ans card. transf.	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4
Nb + de 75 ans trauma.	1	2	2	4	2	3	1	2	2	1	2	3	1	26
Nb + de 75 ans trauma. hosp.	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4
Nb + de 75 ans trauma. transf.	1	0	1	1	2	1	0	1	1	0	2	2	1	13
Nb + de 75 ans tr. resp.	9	26	24	20	16	13	20	12	17	12	25	33	32	259
Nb + de 75 ans tr. resp. hosp.	8	18	19	18	10	10	16	12	13	10	23	27	26	210
Nb + de 75 ans tr. resp. transf.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(DMS) + de 75 ans (heures)	13	14	17	12	10	13	11	11	12	10	10	12	12	12

rl/urg:regmsss/00-01

Sources: Registre de la clientèle sur civières, MSSS. RRSSS Laurentides

Octobre 2001

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

Monitoring de la clientèle sur civière à l'urgence
CH et CR Antoine-Labelle L'Annonciation
Année 2000-2001

Période	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Moy. ou total
Nb de visites à l'urgence	1 323	1 677	1 677	1 892	2 292	1 736	1 763	1 773	1 609	1 598	1 690	1 804	2 004	22 838
Nb de patients civières	131	180	155	214	240	215	206	207	163	178	185	197	229	2 500
Pts hosp. prov. urg.	29	43	52	44	47	50	52	49	41	42	52	41	62	604
DMS pts non-hosp. (hrs)	8	7	8	9	7	10	7	8	10	9	8	9	12	9
DMS pts hosp. (hrs)	28	16	10	15	19	15	11	19	18	19	17	18	26	18
DMS santé mentale (hrs)	21	14	9	7	5	4	7	12	17	8	10	7	13	10
Délai avant dem. hosp. (hrs)	7	6	6	8	9	6	5	7	6	7	8	6	9	7
Délai après dem. hosp. (hrs)	22	10	3	7	9	11	6	13	15	12	9	12	17	11
Total amb. à l'urgence	43	40	30	74	62	54	57	55	39	50	65	61	63	693
Personnes/jour/corridor	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
(%) 24 heures	13,7	10,0	9,7	9,8	14,2	15,8	6,8	13,5	16,6	15,2	11,9	14,7	17,5	13,0
(%) 48 heures	5,3	1,7	1,3	1,9	1,3	3,3	0,0	5,3	6,1	3,4	2,2	5,1	7,4	3,4
(%) taux occ. civières	155	121	97	156	174	175	119	153	159	145	148	150	202	150
(%) pers + de 65 ans/pts civ	48	37	44	34	29	45	35	33	33	40	39	36	41	37
Nb pers. + de 65 ans	63	66	68	72	69	96	72	69	53	72	72	71	93	936
Nb de cas d'ACR	2	2	0	4	1	4	4	2	1	3	1	6	2	32
Nb de cas de tr. cardiaques	22	26	27	34	24	33	40	30	25	29	32	39	32	393
Nb de cas de tr. mentaux	7	10	4	8	15	9	14	21	10	16	18	15	18	165
Nb de tr. respiratoires	18	19	13	19	18	16	22	22	18	23	31	22	46	287
Nb de cas de traumatisme	14	40	25	50	35	25	19	30	20	17	25	29	24	353
Nb de trauma à haut risque	2	12	3	10	1	3	0	9	6	3	3	2	3	57
Tot. pts transférés prov. urg.	12	21	9	26	14	17	19	20	11	17	10	10	15	201
Nb total de 0-14 ans	9	10	12	20	14	7	13	10	7	12	13	8	9	144
Nb de 0-14 ans hosp.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nb de 0-14 ans transf.	0	4	1	6	3	2	3	1	2	3	2	0	1	28
DMS 0-14 ans	5,4	9,7	4,9	26,6	4,9	2,7	6,4	4,3	2,1	4,6	5,8	3,5	7,1	6,8
Nb pers. + de 75 ans	34	40	34	39	42	51	37	32	31	43	33	29	57	502
Nb + de 75 ans card.	7	9	8	15	8	8	11	9	6	13	8	6	12	120
Nb + de 75 ans card. hosp	3	4	6	8	2	4	4	4	2	9	2	1	4	53
Nb + de 75 ans card. transf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nb + de 75 ans trauma	3	4	3	4	2	4	2	2	1	1	5	4	3	38
Nb + de 75 ans trauma. hosp	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5
Nb + de 75 ans trauma. transf	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	8
Nb + de 75 ans tr. resp.	5	7	5	4	4	6	6	4	3	8	9	7	12	80
Nb + de 75 ans tr. resp. hosp.	5	3	1	3	3	1	5	2	1	5	7	4	7	47
Nb + de 75 ans tr. resp. transf.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(DMS) + de 75 ans (heures)	16	12	8	8	12	14	9	13	17	15	14	14	19	13

rl/urg/regmsss/00-01

Sources: Registre de la clientèle sur civières, MSSS. RRSSS Laurentides

Octobre 2001

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

Monitoring de la clientèle sur civière à l'urgence
CH et CR Antoine-Labelle Mont-Laurier
Année 2000-2001

														Moy. ou
Période	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	total
Nb de visites à l'urgence	1 573	1 993	2 092	2 063	2 285	1 942	1 827	1 954	1 976	1 962	2 065	2 084	2 555	26 371
Nb de patients civières	252	327	330	362	415	362	314	354	347	349	355	381	491	4 639
Pts hosp. prov. urg.	94	103	120	128	102	105	102	118	88	92	120	105	122	1 399
DMS pts non-hosp. (hrs)	8	10	12	10	9	8	10	9	9	10	10	12	9	10
DMS pts hosp. (hrs)	14	17	21	16	10	11	14	14	18	12	17	16	16	15
DMS santé mentale (hrs)	12	16	8	14	12	6	6	11	6	9	14	8	9	10
Délai avant dem. hosp. (hrs)	5	6	6	7	6	6	6	4	7	4	5	6	4	6
Délai après dem. hosp. (hrs)	9	11	19	10	4	5	9	12	12	11	14	13	13	11
Total amb. à l'urgence	54	72	87	102	100	88	87	95	79	103	83	90	97	1 137
Personnes/jour/corridor	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2
(%) 24 heures	14,3	18,0	24,5	17,5	11,1	12,5	15,4	13,8	14,6	12,6	20,8	18,8	15,1	16,1
(%) 48 heures	3,2	2,8	8,6	5,8	1,7	2,5	4,8	13,7	4,1	4,1	4,8	6,1	5,0	5,2
(%) taux occ. civières	99	115	151	130	114	99	105	114	111	103	129	146	121	118
(%) pers + de 65 ans/pts civ.	35	35	37	31	32	31	34	28	35	31	35	26	28	32
Nb pers. + de 65 ans	88	113	123	114	132	114	107	100	123	108	124	99	138	1 483
Nb de cas d'ACR	1	5	5	3	3	4	1	5	5	4	1	4	1	42
Nb de cas de tr. cardiaques	48	43	39	48	48	53	37	49	51	38	47	35	63	599
Nb de cas de tr. mentaux	19	20	20	19	10	14	18	19	25	18	15	27	21	245
Nb de tr. respiratoires	30	35	47	41	38	33	43	45	32	40	56	54	82	576
Nb de cas de traumatisme	22	31	32	54	65	64	32	44	47	49	39	51	38	568
Nb de trauma à haut risque	4	7	6	14	8	18	3	23	12	18	11	4	6	134
Tot. pts transférés prov. urg.	8	5	13	16	15	25	22	10	17	11	16	22	22	202
Nb total de 0-14 ans	13	13	16	23	22	28	18	24	16	21	20	27	26	267
Nb de 0-14 ans hosp.	3	4	5	11	4	9	5	13	3	10	7	9	8	91
Nb de 0-14 ans transf.	3	0	0	2	6	1	1	0	4	1	1	0	0	19
DMS 0-14 ans	4,1	3,4	2,4	5,0	2,8	2,5	1,6	3,2	2,5	3,0	1,9	2,9	3,4	3,0
Nb pers. + de 75 ans	48	63	70	58	60	58	63	53	72	58	80	53	65	801
Nb + de 75 ans card.	9	10	15	11	10	13	8	7	16	10	19	2	6	136
Nb + de 75 ans card. hosp.	7	4	9	8	6	8	8	2	11	5	14	2	4	88
Nb + de 75 ans card. transf.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Nb + de 75 ans trauma.	0	4	2	2	1	5	7	1	5	2	6	2	4	41
Nb + de 75 ans trauma. hosp.	0	2	1	1	1	2	1	1	0	1	0	1	3	14
Nb + de 75 ans trauma. transf.	0	1	0	0	0	2	5	0	2	0	3	1	0	14
Nb + de 75 ans tr. resp.	9	10	15	15	9	10	13	14	8	8	23	15	24	173
Nb + de 75 ans tr. resp. hosp.	6	5	11	11	5	8	9	9	5	4	12	8	18	111
Nb + de 75 ans tr. resp. transf.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
(DMS) + de 75 ans (heures)	13	16	21	14	10	12	11	14	16	10	19	18	16	15

rl/urg/regmsss/00-01

Sources: Registre de la clientèle sur civières, MSSS. RRSSS Laurentides

Octobre 2001

LE SECTEUR PRÉHOSPITALIER

LE PRÉHOSPITALIER :

Le secteur des premiers répondants : Des ententes tripartites entre la Régie régionale, les municipalités et les services ambulanciers ont permis de former 57 pompiers, citoyens et employés comme 1er répondants. Les municipalités qui offrent ce service sont : Amherst, Wentworth-Nord et Ferme-Neuve. La compagnie Hydro-Québec a fait former 9 employés comme 1er répondants à cause de l'isolement de son site de service dans le nord. Également, la région dispose de 1er répondants saisonniers qui ne sont présents que de juin à septembre de chaque été. Ces bénévoles desservent leur communauté. *Ici, on parle de Hatzoloh service médical d'urgence bénévole.*

Le secteur préhospitalier de la région des Laurentides se compose de 9 compagnies ambulancières qui embauchent 210 techniciens ambulanciers. Il y a 35 véhicules équipés à la fine pointe de la dernière technologie. Chacun dispose d'un moniteur défibrillateur semi-automatique, du Combitube, d'un matelas coquille ainsi que toutes les fournitures et équipements usuels nécessaires à la prestation des soins préhospitaliers.

La formation continue des techniciens ambulanciers est mise à jour chaque année et touche les programmes suivants :

- RCR-SPU, réanimation cardio-respiratoire / soins préhospitaliers d'urgence ; mise à jour annuelle.
- C-MDSA ; Combitube / moniteur défibrillateur semi-automatique ; mise à jour annuelle.
- Protocoles d'intervention clinique ; mise à jour faite en 2001.
- PHTLS; Prehospital trauma life support; mise à jour faite en 2000.
- Mesures d'urgence
- Triage START; Simple triage and rapid treatment; mise à jour faite en 2000.
- Saturométrie
- Administration d'épinéphrine en pré hospitalier ; mise à jour annuelle .

Le Recueil des protocoles sert de Guide de formation aux techniciens ambulanciers. Il est produit pour l'apprentissage des protocoles d'intervention clinique et il vise à uniformiser la pratique ambulancière. Cette formation permet de donner aux techniciens ambulanciers une approche standardisée de l'évaluation du patient ou de la victime.

Chaque protocole établit, pour un problème donné, les actes à poser et la séquence dans laquelle ils doivent être posés. Les protocoles d'intervention clinique demeurent une façon de standardiser l'administration des soins préhospitaliers d'urgence et ils sont des outils d'évaluation de la pratique ambulancière et de l'amélioration de la qualité des actes posés. C'est également un bon outil d'information et de référence pour le personnel des salles d'urgence.

La philosophie qui sous-tend l'application des protocoles d'intervention clinique fait référence à deux points importants en pratique ambulancière :

- le facteur temps,
- l'approche signes et symptômes.

Il faut se rappeler que *chaque minute compte* tout au long de l'action posée auprès d'une personne. L'approche signes et symptômes implique que l'intervention ambulancière doit toujours être fondée sur les signes et les symptômes présentés par le patient ou la victime et non sur ce que pense que cela pourrait être comme diagnostic. Le technicien ne pose pas de diagnostic.

Contenu des modules du Guide de formation et de mise à jour:

Module 1.	• Protocole d'évaluation clinique préhospitalière • Protocole d'évaluation clinique préhospitalière en traumatologie • Technique : oxygène et saturométrie
Module 2.	• Modalités d'application concernant le transport des patients • Problèmes psychiatriques • Problèmes médico-légaux • Technique : contentions
Module 3.	• Situations de sinistres
Module 4.	• Problèmes industriels • Problèmes environnementaux
Module 5.	• Problèmes médicaux • Technique : tube orotrachéal à double voie (combitube)
Module 6.	• Problèmes obstétricaux • Problèmes pédiatriques
Module 7.	• Problèmes traumatiques et différentes techniques : • retrait du casque de moto • contrôle de l'hémorragie • immobilisation de la colonne vertébrale • immobilisation des extrémités • immobilisation d'un bébé • immobilisation d'un jeune enfant • installation de la civière orthopédique (le scoop) • installation du K.E.D. • installation et retrait du matelas coquille : immobilisateur (traumatologie) • transport d'un membre amputé

À titre d'information

Politiques et procédures particulières au secteur préhospitalier

Mesures exceptionnelles
Détournement d'ambulance

Contexte :

Lors d'un achalandage excessif dans une salle d'urgence ou d'un engorgement critique des ressources internes du centre hospitalier pour lequel les solutions internes ne peuvent pas répondre à cette situation exceptionnelle et que la sécurité des patients est menacée.

Mécanisme :

Après avoir été informé de la situation, et après s'être assuré que toutes les solutions internes du centre hospitalier ont été mises en place, le Directeur général du centre hospitalier ou un cadre supérieur de l'établissement communique avec la Régie régionale pour demander l'autorisation de détourner les ambulances. Le contact doit être fait à la Régie :

avec la coordonnatrice à la santé physique, tél. : (450) 432-8705

ou

un directeur de la Régie régionale, tél. : (450) 436-8622

ou

le directeur général de la Régie régionale, tél. : (450) 432-8707

ou

les mesures d'urgence, tél. : (450) 432-1010

Informations obligatoires :

Le directeur général du centre hospitalier ou le cadre supérieur de l'établissement doit fournir les informations suivantes :

- État de situation actuel

  ⇒ ressources physiques : le nombre de civières à l'urgence
  le nombre de lits occupés et de lits libres
  le nombre de lits en soins intensifs

  ⇒ ressources humaines

- Mesures mises en place dans l'établissement face à la situation
- Durée de la demande de mesures exceptionnelles

Procédure numéro 1 : Détournement des cas non-urgents

Clientèle visée :

Les patients (incluant la clientèle psychiatrique) dont l'état est jugé par les techniciens ambulanciers comme non-urgent, selon leurs protocoles d'intervention clinique.

Situation d'engorgement au CH : _____
Clientèle détournée vers CH : _____

Compagnies ambulancières impliquées : _____
_____

Date et durée de la procédure exceptionnelle : _____

Cette procédure doit être signée par la coordonnatrice à la santé physique ou un directeur de la Régie régionale.

Une copie de cette entente doit être acheminée simultanément aux personnes suivantes :

- ***DG des CH impliqués***
- ***infirmières-chefs des salles d'urgence impliquées***
- ***propriétaires des compagnies ambulancières impliquées et***
- ***les propriétaires des compagnies ambulancières environnantes***
- ***Urgences-Santé (voir annexe 1)***

Lettre type pour la procédure no. 1

Date

Adresse

Objet : Mesures exceptionnelles / Détournement des cas non-urgents

Madame,
Monsieur,

Considérant la situation d'engorgement que vit actuellement le CH....., nous croyons qu'il est plus adéquat que les patients de type non-urgent, c'est-à-dire dont le transport doit être effectué en conduite non-urgente selon les protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers, soient transportés vers le CH.....

Cette entente de détournement doit prendre effet immédiatement. Dans l'application de cette procédure, l'usager n'est pas responsable de l'excédent financier encouru par une plus grande distance que celle qui le mènerait au CH désigné du bassin de territoire de la compagnie ambulancière. La Régie régionale verra à supporter les frais excédentaires des déplacements des cas litigieux visés par cette procédure.

La compagnie ambulancière est autorisée à additionner un quart de travail supplémentaire dans la zone du CH qui demande le détournement, pour toute la période du détournement (minimum 4 heures).

Pour toute information supplémentaire, veuillez contacter .....

Signature

Procédure numéro 2 : Détournement de tous les cas sauf les cas de détresse

Clientèle visée :

Tous les patients (incluant la clientèle psychiatrique) dont l'état est jugé par les techniciens ambulanciers comme **non-urgent**, dont le transport doit être effectué en conduite non-urgente selon les protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers (procédure numéro 1).

Cette procédure s'adresse également aux patients (incluant la clientèle psychiatrique) dont l'état est jugé par les techniciens ambulanciers comme **urgent**, selon leurs protocoles d'intervention clinique.

Toutefois, cette procédure exclue les cas de détresse qui sont :

- clientèle en arrêt cardio-respiratoire, en arrêt respiratoire ou en pré-code ;
- clientèle de traumatologie ;
- clientèle avec altération de l'état de conscience ;
- clientèle avec convulsions incessantes ;
- clientèle en détresse respiratoire ;
- clientèle en TA systolique <80 ; Pouls >150 / mi. ;
- accouchement imminent ;
- tout autre cas pour lequel le technicien ambulancier juge que la survie du patient est menacée par un temps de transport allongé.

Situation d'engorgement au CH : _____
Clientèle détournée vers CH : _____
Compagnies ambulancières impliquées : _____
Date et durée de la procédure exceptionnelle : _____

Cette procédure doit être signée par la coordonnatrice à la santé physique ou un directeur de la Régie régionale.

Une copie de cette entente doit être acheminée simultanément aux personnes suivantes :

- ***DG des CH impliqués***
- ***infirmières-chefs des salles d'urgence impliquées***
- ***propriétaires des compagnies ambulancières impliquées et***
- ***les propriétaires des compagnies ambulancières environnantes***
- ***Urgences-Santé (voir annexe 1)***

Lettre type pour la procédure no. 2

Date
Adresse

Objet : Mesures exceptionnelles / Détournement de tous les cas sauf les cas de détresse

Madame,
Monsieur,

Considérant la situation exceptionnelle que vit présentement le CH....., nous croyons qu'il est plus sécuritaire que les patients de type non-urgent, et certains cas de type urgent de ce bassin (selon les protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers), soient transportés vers le CH.....

Cette entente ne concerne pas les cas de détresse soit :

- clientèle en arrêt cardio-respiratoire, en arrêt respiratoire ou en pré-code ;
- clientèle de traumatologie ;
- clientèle avec altération de l'état de conscience ;
- clientèle avec convulsions incessantes ;
- clientèle en détresse respiratoire ;
- clientèle en TA systolique <80 ; Pouls >150 / mi. ;
- accouchement imminent ;
- tout autre cas pour lequel le technicien ambulancier juge que la survie du patient est menacée par un temps de transport allongé.

Cette entente de détournement doit prendre effet immédiatement. Dans l'application de cette procédure exceptionnelle, l'usager n'est pas responsable de l'excédent financier encouru par une plus grande distance que celle qui le mènerait au CH désigné du bassin de territoire de la compagnie ambulancière. La Régie régionale verra à supporter les frais excédentaires des déplacements des cas litigieux visés par cette procédure.

La compagnie ambulancière est autorisée à additionner deux quarts de travail supplémentaires dans la zone du CH qui demande le détournement, pour toute la période du détournement (minimum 4 heures).

Pour toute information supplémentaire, veuillez contacter .....

Signature

Procédure numéro 3 : Détournement de tous les cas sans exception

Clientèle visée :

Tous les patients qui se présentent en ambulance à l'urgence doivent être détournés. Cette directive s'adresse aux patients non-urgents, urgents et même ceux en détresse profonde. Aucun protocole d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers ne s'applique lorsque cette décision majeure est retenue. Aucune ambulance ne doit se présenter à la salle d'urgence de l'hôpital visée par la procédure de détournement.

Situation de mesure d'urgence :

Toute circonstance qui met fin à la capacité de donner des soins aux patients de l'urgence. Exemple : évacuation partielle ou totale du centre hospitalier, incendie, alerte à la bombe, etc.

Cette procédure doit être signée par le directeur de garde associé aux mesures d'urgence à la Régie régionale.

Une copie de cette entente doit être acheminée simultanément aux personnes suivantes :

- *DG de tous les CH de la région*
- *infirmières-chefs des salles d'urgence de tous les CH de la région*
- *propriétaires de toutes les compagnies ambulancières de la région*
- *DG des Régies régionales de Lanaudière et Laval*
- *Urgences-Santé (voir annexe 1)*

Lettre type pour la procédure no. 3

Date

Adresse

Objet : Mesures exceptionnelles / Détournement de tous les cas sans exception

Madame,
Monsieur,

Considérant la situation exceptionnelle que vit présentement le CH....., nous croyons qu'il est IMPÉRATIF que tous les patients (aucun protocole d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers ne peut et ne doit être suivi) soient transportés vers le CH.....

Cette entente de détournement doit prendre effet immédiatement. Dans l'application de cette procédure exceptionnelle, les usagers ne sont pas responsables de l'excédent financier encouru par une plus grande distance. La Régie régionale verra à supporter les frais excédentaires des déplacements de ces cas.

La compagnie ambulancière est autorisée à additionner les quarts de travail supplémentaires nécessaires dans la zone du CH qui demande le détournement, pour toute la période du détournement (minimum 4 heures).

Pour toute information supplémentaire, veuillez contacter .....

Signature

Mesures exceptionnelles
Détournement d'ambulance

Urgences-Santé - Détournement d'ambulance

Dans tous les cas de détournement d'ambulance (procédures 1 à 3), vous devez appeler la répartition d'Urgences-Santé et demander à parler au **chef de la répartition (514) 723-5870.**

Dans les **procédures # 1 et 2**, demandez de détourner tous les transports sauf les cas de détresse.

Dans la **procédure # 3**, demandez de détourner tous les transports sans exception vers le centre hospitalier en question à cause de la situation de mesures d'urgence et de détourner, pour les autres centres hospitaliers de la région, tous les transports sauf les cas de détresse.

Spécifiez **la durée** du détournement.

* Rappelez au besoin pour prolonger la durée du détournement.

PROCÉDURE DE TRANSFERT DIRECT DES TRAUMATISÉS À HAUT RISQUE VERS LE CH APPROPRIÉ

MISE À JOUR - ÉTÉ 2000

BUT DE LA PROCÉDURE :

Diminuer la mortalité et la morbidité des traumatisés à haut risque dans la région des Laurentides en dirigeant et transportant ces patients directement au CH receveur le plus approprié.

DÉFINITIONS ET PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LA PROCÉDURE :

- **TRAUMATISÉ À HAUT RISQUE :**
  Victime de traumatisme dont :
  - l'indice préhospitalier pour traumatisme (IPT) ≥ 4

    ou
  - victime dont l'IPT est 0 à 3 et qu'il y a évidence d'impact à haute vélocité.

- **PRINCIPE DU « GOLDEN HOUR »** : Intervalle entre le moment de l'impact et l'arrivée du patient à des soins définitifs (ex : salle d'opération). Le taux de survie des patients chute de façon continue si cet intervalle s'allonge.

- **Si le temps de transport est < 30 minutes** : prioriser le transport vers le centre receveur avec le plus haut niveau de soins (le temps de transport doit avoir priorité sur la distance à parcourir).

- **Prioriser les transports en direction sud** : si vous avez le choix entre deux CH qui offrent le même niveau de soins et que le temps de transport est égal (centre tertiaire se situe au sud de la région).

DÉSIGNATION DES NIVEAUX DE SOINS EN TRAUMATOLOGIE DES CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES ET DES ENVIRONS

1. A	C.H.C.R. Antoine-Labelle - Mont-Laurier	Primaire
1. B	C.H.C.R. Antoine-Labelle - L'Annonciation	Centre de stabilisation médicale
2.	C.H. Laurentien	Primaire
3.	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	Secondaire
4.	*C.H. Argenteuil*	*Hors réseau de traumatologie*
5.	C.H. St-Eustache	Secondaire

HORS-RÉGION

6.	Cité de la Santé	Secondaire
7.	Hôpital Sacré-Cœur	Tertiaire
8.	C.H. Hawkesbury	Sans désignation - avec chirurgie

NIVEAUX DE DÉSIGNATION DES HÔPITAUX DE LA RÉGION 15 :

A.	Service de stabilisation médicale :	Salle d'urgence sans chirurgie
B.	Centre primaire :	Salle d'urgence avec chirurgie et anesthésie sur place dans les 30 minutes
C.	Centre secondaire :	Salle d'urgence avec chirurgie, orthopédie et anesthésie sur place dans les 30 minutes
D.	Centre tertiaire	Salle d'urgence avec toutes les spécialités qui touchent la traumatologie (ex. : neurochirurgie)

PROCÉDURE DE COMMUNICATION

- Le technicien ambulancier doit *obligatoirement* aviser le CH receveur quand il s'y dirige avec un traumatisé à risque (IPT ≥ 4 ou évidence d'impact à haute vélocité) ou en détresse (ACR, pouls < 51, T.A. sys. < 74 ou détresse respiratoire), ou qu'il se dirige vers l'Hôpital Sacré-Cœur.

- Le technicien ambulancier doit transmettre au CH *toutes* les informations suivantes :

  - Âge et sexe de la victime ;
  - Cinétique de l'accident (en bref) ;
  - I.P.T. ;
  - Pouls, rythme respiratoire, T.A., état de conscience (A-V-P-U) ;
  - Présence de blessures pénétrantes centrales ou douleur abdominale ;
  - Heure prévue d'arrivée au CH.

PROCÉDURE DE MISE EN TENSION AU CENTRE HOSPITALIER RECEVEUR

Chacune des salles d'urgence se doit d'adopter une procédure de mise en tension suite à l'appel des services ambulanciers qui avisent de l'arrivée d'un traumatisé à haut risque. Deux niveaux d'alerte sont suggérés. L'alerte interne et l'alerte externe.

ALERTE INTERNE

Chacune des salles d'urgence adoptera une formule différente, mais minimalement les intervenants suivants qui sont dans le centre hospitalier se doivent d'être avisés de l'arrivée de la victime :

- MD de l'urgence ;
- Infirmière en charge de l'urgence ;
- Technicien de laboratoire - hématologie ;
- Technicien de radiologie ;
- Inhalothérapeute.

ALERTE EXTERNE

Lorsque les services ambulanciers avisent de l'arrivée d'un traumatisé à haut risque qui en plus présente les signes et symptômes suivants, le chirurgien est appelé avant l'arrivée du patient et doit être sur place dans les trente (30) minutes :

- Présence de blessures pénétrantes centrales ;
- Présence de douleur abdominale avec signes de choc ;
- Arrivée d'un nombre de victimes qui dépasse la capacité du personnel de la salle d'urgence.

Pour le bassin sud, cette procédure se traduit comme-ceci:

PROCÉDURE DE MISE EN TENSION AU CENTRE HOSPITALIER RECEVEUR

Pour les patients pris en charge dans les bassins de desserte des centres hospitaliers Saint-Eustache, Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et Argenteuil:

- les traumatisés *non à risque* (IPT = 0 à 3 et aucune évidence d'impact à haute vélocité) devront être transportés selon les procédures habituelles, **incluant le CH d'Argenteuil.**

- les traumatisés *en détresse* (ACR ou pouls < 51 ou T.A.sys < 74 ou détresse respiratoire) doivent toujours être transportés au CH le plus près, **incluant le CH d'Argenteuil**

- les traumatisés **à risque** (IPT 4 et +, ou évidence d'impact à haute vélocité) sans détresse pris en charge :

  - entre l'HDSJ et CHSE devront être transportés au CH le plus près ;
  - entre l'HDSJ et Argenteuil devront être transportés vers l'HDSJ ;
  - entre Argenteuil et CHSE devront être transportés vers le CHSE ;
  - **à l'ouest du CH Argenteuil devront être transportés :**

    Vers l'HDSJ, si la prise en charge du bénéficiaire se fait sur le territoire de SPLL-Lachute (zone 622) ;
    Vers l'hôpital d'Hawkesbury, si la prise en charge est faite sur le territoire d'Ambulance Fournier (zone 623).

Dans tous les cas où un traumatisé à risque, en détresse ou tertiaire est transporté dans un centre hospitalier, le centre hospitalier receveur doit être obligatoirement avisé.

Note : HDSJ = Hôtel-Dieu de St-Jérôme
CHSE = Centre hospitalier St-Eustache

NB. La nouvelle application de cette procédure est en vigueur depuis le 28 juillet 2000.

Politique de priorisation des demandes de transport ambulancier pour les transferts inter-hospitaliers

Introduction :
Cette politique s'adresse à tous les intervenants hospitaliers qui sont susceptibles d'adresser auprès d'une Centrale de répartition ambulancière, une demande de transport ambulancier pour des transferts inter-hospitaliers de tout type.

Cette politique s'adresse aussi aux répartiteurs des différentes centrales parce qu'elle concerne le volet réception et gestion des demandes.

Objectif :
Permettre une priorisation optimale des affectations préhospitalières et ainsi mieux répondre aux besoins des deux clientèles, soit hospitalière et préhospitalière, en matière de soins et de transports ambulanciers, **tout en assurant une uniformité de langage entre les intervenants.**

Procédure : *(référer au tableau suivant)*
Lorsqu'un intervenant hospitalier fait une demande de transport ambulancier, il devra dorénavant transmettre au répartiteur la codification, selon l'état clinique du patient et le type de demande de transport. Les codifications apparaissent à la colonne de gauche dans le tableau qui suit.

Le délai d'arrivée au centre hospitalier qui apparaît à la deuxième colonne est le temps maximal d'affectation. Il est important pour les intervenants hospitaliers de comprendre que si les ressources sont disponibles, l'affectation sera faite de façon immédiate, même lors d'une demande de transfert non urgent. Lorsque l'ambulance pourrait être affectée immédiatement pour une demande de transfert semi-urgent ou non urgent, le répartiteur demandera au personnel hospitalier si le patient est prêt à partir.

La colonne de droite s'adresse uniquement aux répartiteurs des centrales. Ces directives doivent les guider quant au moment et au choix du véhicule à affecter.

Politique de priorisation des demandes de transport ambulancier pour les transferts inter-hospitaliers

Codification	*Délai d'arrivée au CH*	*États cliniques exemples*
STAT	10 MINUTES	Bénéficiaire dont l'état clinique est critique et nécessite une expertise spécialisée : ▪ polytraumatisé ▪ angiographie urgente IM, AA thoracique, compromis vasculaire ▪ parturiente en travail avec complications travail prématuré, autres
URGENT [1]	30 MINUTES	Bénéficiaire stable nécessitant une expertise spécialisée dans les plus brefs délais : ▪ ORTHO : dislocations non réduites, fractures ouvertes ▪ PÉDIATRIE : suspicion de méningite, difficultés respiratoires EXAMENS : scan cérébral pour suspicion de lésion expansive
SEMI-URGENT [1]	2 HEURES	Bénéficiaire stable nécessitant une expertise spécialisée dans les heures qui suivent : ▪ ORTHO : autres fractures sur civière ▪ PÉDIATRIE : transfert pour hospitalisation, patient stable ▪ EXAMENS : scintigraphie. Bénéficiaire dont l'état clinique nécessite une expertise ultra-spécialisée dans les 24 heures avec une heure d'arrivée prévue au CH receveur le lendemain.
NON URGENT [1]	SELON LA DISPONIBILITÉ DU SPU	Retours : ▪ À domicile (incluant CHSLD) Transferts inter-hospitaliers dans la région d'origine
RENDEZ-VOUS	SELON L'HEURE PRÉVUE GÉRÉ SELON LA DISPONIBILITÉ DU SPU	

[1] Au moment de l'appel, le centre hospitalier avise la centrale si le patient est déjà prêt à quitter et sinon l'heure prévisible.

LES RESSOURCES HUMAINES

MÉDECINS OMNIPRATICIENS ACTIFS

Profil d'activités dans les établissements et cabinets privés de la région des Laurentides, en fonction du nombre d'individus et du volume de production (ETP) estimée par territoire de CLSC (janvier à mars 2000)

Total

Population : 463 230 habitants
480 (370,8) omnipraticiens actifs

Territoire des Hautes-Laurentides

Population : 35 168 habitants

CH et CR Antoine-Labelle:	38	(22,3)
CLSC :	5	(2,3)
Autres établissements :	4	(1,0)
Cabinets privés :	29	(13,2)
Total :	**52**	**(38,9)**

Territoire Argenteuil

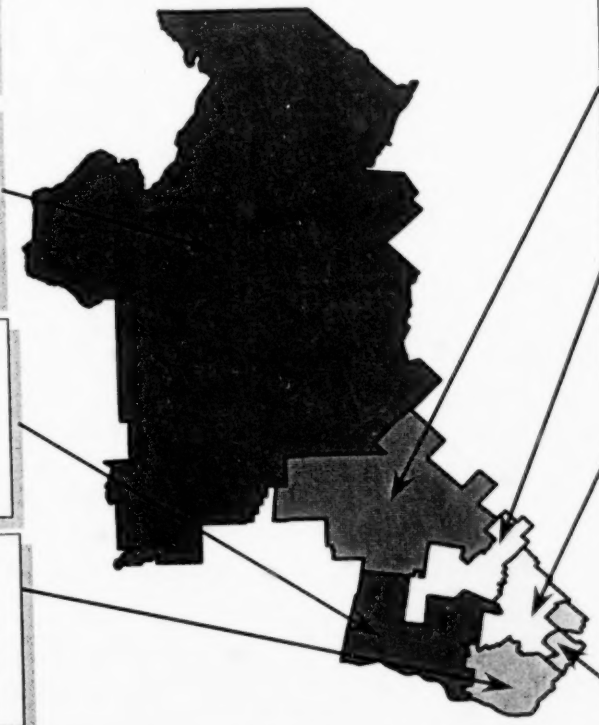
Population : 29 022 habitants

CH Argenteuil :	21	(11,9)
CLSC :	8	(3,2)
Autres établissements :	2	(0,1)
Cabinets privés :	16	(6,9)
Total :	**31**	**(22,0)**

Territoire Jean-Olivier-Chénier

Population : 93 439 habitants

CH St-Eustache :	76	(35,9)
CLSC :	13	(6,3)
Autres établissements :	11	(2,3)
Cabinets privés :	59	(40,2)
Total :	**118**	**(84,7)**



Territoire des Trois-Vallées

Population : 39 209 habitants

CH Laurentien :	40	(18,5)
CLSC :	10	(1,9)
Autres établissements :	6	(0,2)
Cabinets privés :	43	(21,5)
Total :	**65**	**(42,1)**

Territoire des Pays-d'en-Haut

Population : 31 524 habitants

CLSC :	3	(1,7)
Autres établissements :	2	(0,6)
Cabinets privés :	31	(21,0)
Total :	**34**	**(23,8)**

Territoire Arthur-Buies

Population : 105 825 habitants

CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme :	46	(23,3)
CLSC :	11	(6,1)
Autres établissements :	12	(2,3)
Cabinets privés :	90	(44,4)
Total :	**116**	**(76,2)**

Territoire Thérèse-de-Blainville

Population : 129 043 habitants

CLSC :	10	(5,9)
Autres établissements :	14	(2,9)
Cabinets privés :	121	(69,1)
Total :	**135**	**(77,9)**

Sources : - MSSS, Suivi des effectifs médicaux, individus installés dans la région des Laurentides, sans minimum trimestriel au Québec
- MSSS, Répartition de la consommation des services médicaux au Québec
- Statistiques Canada, estimations de population (provisoires) 1999

Mise à jour mars 2001 - Réf.: la/420.88 p

LE PERSONNEL INFIRMIER DE L'URGENCE

Les membres de l'Association des infirmiers et infirmières d'urgence du Québec (AIIUQ) ont présenté au Forum des urgences, en juin 2000, leur position sur les besoins de formation et de développement de la pratique infirmière à l'urgence.[1]

L'infirmière d'urgence est la première à interagir avec le patient, les intervenants préhospitaliers, les policiers et la famille, tout en procédant rapidement à l'évaluation de l'état de santé de son patient. Au même instant, elle détient la responsabilité d'établir les priorités de soins et de prendre les bonnes décisions dans l'orientation du patient. Elle doit s'assurer d'informer le médecin de la situation du patient et de prodiguer au besoin les soins immédiats de survie.

L'infirmière de l'urgence est constamment confrontée à des situations qui font appel à son jugement clinique et moral, et dont les aspects éthiques sont parfois lourds de conséquence. Être infirmière à l'urgence requiert de plus en plus de rigueur scientifique.

À la suite du Forum sur les urgences en octobre 1999, les intervenants ont reconnu le besoin de formation des infirmières d'urgence ainsi que l'étude des modalités de développement d'une fonction praticienne en soins d'urgence.

L'Association des infirmiers et infirmières d'urgence du Québec a pris position dans le document dont il est fait référence en bas de page. Ces recommandations sont spécifiques à la formation et à la pratique avancée en soins d'urgence, en voici quelques-unes unes :

- La pratique infirmière doit être reconnue comme spécialité.
- L'infirmière doit avoir un minimum de 20 à 40 heures de formation par 2 ans dans les spécialités suivantes : réanimation cardio-respiratoire chez l'adulte et l'enfant, réanimation avancée, cours sur la violence rencontrée en soins d'urgence, ateliers en traumatologie, arythmies cardiaques, gaz artériel, révisions des fondements biologiques, psychologie, santé mentale et ses lois, violence familiale, Loi sur la protection de la jeunesse, alcoolisme, suicide... afin de conserver son droit d'exécuter ses fonctions d'infirmières à l'urgence.

Des recommandations spécifiques sont également exprimées dans ce document face à la pratique de l'infirmière au triage, la pratique générale et avancée à l'urgence.

[1] Être infirmière d'urgence : un défi. Juin 2000.

Mise à jour
du personnel infirmier
aux urgences

Nom du centre hospitalier : **HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉROME**
date :2001-10-17

Nom du médecin chef de l'urgence : Marc Gosselin
Nom de l'infirmière-chef de l'urgence :Manon Bourassa
Nom du médecin coordonnateur de l'urgence : à venir
Responsable de la gestion des lits : Louise Archambault, infirmière gestionnaire DSPH.

Nombre total des médecins en poste régulier qui composent l'équipe médicale de l'urgence **: 20**

Ressources humaines	**jour**	**soir**	**nuit**	**Total / 24 heures.**
Ass. Inf-chef	1	1	1	3
Infirmières au Triage	2	2	1	5
Infirmières : (excluant ass. et triage)	10	8	6	24 (excluant ass. et triage)
Préposés	4	4	3	11
Brancardier	0	0	0	0
Commis-réceptionniste	1	1	1	3
Autres ***(détaillez SVP)*** ***sec.méd.au secteur du général***	1	1	0	2

Total des ressources par 24 heures :
32 infirmières
11 préposés
3 commis-réceptionnistes
2 secrétaires médicales

Ratio infirmière / nbre de patients en observation sur civières / par quart de travail :

- **Section au majeur :** section de monitoring des pts instables.
  (ceci ne comprend pas le secteur réanimation / civières de choc)

- **Section au général :** section qui dispose de toutes les autres civières d'observation.

CAPACITÉ DE 21 CIVIÈRES :

Jour	**Soir**	**Nuit**
Section du majeur :1/5 Section du général :1/6	Section du majeur :1/5 Section du général :1/6	Section du majeur :1/5 Section du général :1/9

Nom du centre hospitalier : **CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE**
date :2001-10-17

Nom du médecin chef de l'urgence : Marc Gagné
Nom de l'infirmier-chef de l'urgence : Roland Diotte
Nom du médecin coordonnateur de l'urgence : Michel Trudeau

Nombre total des médecins en poste régulier qui composent l'équipe médicale de l'urgence : **25**

Ressources humaines	**jour**	**soir**	**nuit**	**Total / 24 heures.**
Ass. Inf-chef	1	1	1	3
Infirmières au Triage	1	1	1	3
Infirmières : (excluant ass. et triage)	5	6	3	14 (excluant ass. et triage)
Préposés	1	1	1	3
Brancardier	0	0	0	0
Commis-réceptionnistes	1	1	1	3
Autres ***(détaillez SVP)*** ***sec.méd.au secteur du général***	0	0	0	0

Total des ressources par 24 heures :
20 infirmières
3 préposés
3 commis-réceptionnistes

Ratio infirmière / nbre de patients en observation sur civières / par quart de travail :

- **Section au majeur :** section de monitoring des pts instables.
  (ceci ne comprend pas le secteur réanimation / civières de choc)

- **Section au général :** section qui dispose de toutes les autres civières d'observation.

CAPACITÉ DE 8 CIVIÈRES :

Jour	Soir	Nuit
Section du majeur :1/3 Section du général :1/5	Section du majeur :1/3 Section du général :1/5	Section du majeur :1/3 Section du général :1/5

Nom du centre hospitalier : **CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN**
date :2001-10-19

Nom du médecin chef de l'urgence : Stéphane Poulin
Nom de l'infirmière-chef de l'urgence : Nicole Boudreau
Nom du médecin coordonnateur de l'urgence : Benoît Dionne

Nombre total des médecins en poste régulier qui composent l'équipe médicale de l'urgence **: 13**

Ressources humaines	**jour**	**soir**	**nuit**	**Total / 24 heures.**
Ass. Inf-chef	1	1	1	3
Infirmières au Triage	1	1	0	2
Infirmières : (excluant ass. et triage)	3	3	3	9 (excluant ass. et triage)
Préposés	1	1	1	3
Brancardiers	1	1	0	2
Commis-réceptionniste	1		0	1 : (de 11 :30 à 18 :30)
Autres ***(détaillez SVP)*** ***Aide de service***	1	0	0	1

Total des ressources par 24 heures :
14 infirmières
3 préposés
2 brancardiers (prioritaires à l'urgence pour le transport des patients en radiologie; ils répondent également aux autres transports de patients dans tout le CH, de jour et de soir)
1 commis-réceptionniste
1 aide de service

Ratio infirmière / nbre de patients en observation sur civières / par quart de travail :

- **Section au majeur :** section de monitoring des pts instables.
  (ceci ne comprend pas le secteur réanimation / civières de choc)

- **Section au général :** section qui dispose de toutes les autres civières d'observation.

CAPACITÉ DE 13 CIVIÈRES :

Jour	**Soir**	**Nuit**
Section du majeur :1/3 Section du général :1/ 6 à 7	Section du majeur :1/3 Section du général :1/6 à 7	Section du majeur :1/3 Section du général :1/8

Nom du centre hospitalier : **CENTRE HOSPITALIER ARGENTEUIL**
date :2001-10-11

Nom du médecin chef de l'urgence : Hamid Hassanalisadeh
Nom de l'infirmière-chef de l'urgence : Giselaine Mainville
Nom du médecin coordonnateur de l'urgence : équipe de 4 médecins : Dr.Mitchel, Dr. Lynch, Dr. Durocher et Dre Sabourin

Nombre total des médecins en poste régulier qui composent l'équipe médicale de l'urgence **: 11**

Ressources humaines	**jour**	**soir**	**nuit**	**Total / 24 heures.**
Ass. Inf-chef	1	1	1	3
Infirmière au Triage	1	1	1	3
Infirmières : (excluant ass. et triage)	3	2	1	5 (excluant ass. et triage)
Préposés	1	0	0	1
Brancardiers	0	0	0	0
Commis-réceptionnistes	1	1	0	2
Autres ***(détaillez SVP)***	0	0	0	0

Total des ressources par 24 heures :
11 infirmières sur semaine et 10 la fin de semaine.
1 préposé
2 commis-réceptionnistes

Ratio infirmière / nbre de patients en observation sur civières / par quart de travail :

- **Section au majeur :** section de monitoring des pts instables.
  (ceci ne comprend pas le secteur réanimation / civières de choc)

- **Section au général :** section qui dispose de toutes les autres civières d'observation.

CAPACITÉ DE 8 CIVIÈRES :

Jour	Soir	Nuit
Section du majeur : 1 inf Section du général : 1 inf	Section du majeur :1 inf Section du général :1 inf	Section du majeur :1 inf Section du général :1 inf

Nom du centre hospitalier : **CH-CR ANTOINE-LABELLE de Mont-Laurier**
date :2001-10-11

Nom du médecin chef de l'urgence : Jean Langlois
Nom de l'infirmière-chef de l'urgence : Lise Lavallée
Nom du médecin coordonnateur de l'urgence : aucun

Nombre total des médecins en poste régulier qui composent l'équipe médicale de l'urgence **: 6**

Ressources humaines	**jour**	**soir**	**nuit**	**Total / 24 heures.**
Ass. Inf-chef	1	1	1	3
Infirmières au Triage	1	1	0	2
Infirmières : (excluant ass. et triage)	2	2	1	5 (excluant ass. et triage)
Préposés -réceptionnistes	1	1	0	2

Total des ressources par 24 heures :
10 infirmières
2 préposés-réceptionnistes

Ratio infirmière / nbre de patients en observation sur civières / par quart de travail :

- **Section au majeur :** section de monitoring des pts instables.
  (ceci ne comprend pas le secteur réanimation / civières de choc)
- **Section au général :** section qui dispose de toutes les autres civières d'observation.

CAPACITÉ DE 5 CIVIÈRES :

Jour	**Soir**	**Nuit**
Section du majeur : -- Section du général : 1 /5	Section du majeur : -- Section du général :1 /5	Section du majeur : -- Section du général :1 /5

Nom du centre hospitalier : **CH-CR ANTOINE-LABELLE à L'Annonciation**
date :2001-10-11

Nom du médecin chef de l'urgence : Essam Boctor
Nom de l'infirmière-chef de l'urgence : Louise Tremblay
Nom du médecin coordonnateur de l'urgence : Essam Boctor

Nombre total des médecins en poste régulier qui composent l'équipe médicale de l'urgence **: 8**

Ressources humaines	**jour**	**soir**	**nuit**	**Total / 24 heures.**
Ass. Inf-chef	1	0	0	1
Infirmières au Triage	1	1	1	3
Infirmières : (excluant ass. et triage)	1	1	1	3 (excluant ass. et triage)
Préposé –réceptionniste	1 (2 hres)	0	0	1 (2 hres)

Total des ressources par 24 heures :
7 infirmières
1 préposé pendant 2 heures. (de 14 h à 16 h)

Ratio infirmière / nbre de patients en observation sur civières / par quart de travail :

- **Section au majeur :** section de monitoring des pts instables.
  (ceci ne comprend pas le secteur réanimation / civières de choc)

- **Section au général :** section qui dispose de toutes les autres civières d'observation.

CAPACITÉ DE 2 CIVIÈRES :

Jour	**Soir**	**Nuit**
Section du majeur : -- Section du général : 1 /5	Section du majeur : -- Section du général :1 /5	Section du majeur : -- Section du général :1 /5

Quatrième partie

SYNTHÈSE DES PLANS D'ACTIONS DES CENTRES HOSPITALIERS

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU GUIDE DE GESTION DES SALLES D'URGENCE

PROS
2001-2005

La ré-organisation des services intra-hospitalier associée au rehaussement des soins et services complémentaires en amont et en aval des hospitalisations est amorcée dans les Laurentides depuis 1995, lors de la transformation du système de santé. Le plan stratégique[1] préconisait à l'époque, l'organisation des services le plus près possible du citoyen. C'est dans cet esprit que nous avons développé et adapté les services ambulatoires par territoire de CLSC dans la mesure où les critères de qualité, d'accessibilité et d'efficience étaient respectés.

Dans le plan d'action Mission 2002, la région garde la même orientation et favorise une gestion intégrée de services au niveau local, ce qui constitue, selon les acteurs régionaux, le lieu privilégié de la dispensation des soins.

Un modèle spécifique d'organisation des services d'urgence est issu du premier plan de contingence qui a vu le jour à l'hiver 1999-2000 (réf. : *le premier hiver qui faisait suite à celui du grand verglas qui a atteint le Québec en 1998.*) À cette époque, le MSSS a injecté des budgets spécifiques aux mois d'hiver afin d'éviter les débordements chroniques des urgences au Québec. Dans cette foulée, le MSSS mandate les régies régionales de conceptualiser un plan de contingence régional lié spécifiquement à la gestion des salles d'urgence de leur territoire.

Plusieurs plans d'actions suivront ce premier plan de contingence de 1999. Par exemple, celui lié à la grève des infirmières à l'été 2000, celui de l'hiver 2000, celui de la pénurie d'infirmières dans les Laurentides à l'été 2001 et le dernier-né, celui de l'hiver 2001. Toutefois, l'organisation des services à la population ne saurait être complète sans la mise en place de services régionaux qui complètent la mise en place des services locaux.

Suite au consensus établi dans les plans de contingence, les partenaires de la région présentent à ce jour, une vision commune de la gestion des urgences et des alternatives à l'hospitalisation. La gestion dynamique et rigoureuse des salles d'urgence des Laurentides a acquis ses lettres de noblesse depuis 3 ans... en effet, chaque salle d'urgence a une équipe de gestion spécifique à l'urgence. Ces personnes ressources, clairement identifiées, disposent de marges de manœuvre qui règlent les problèmes de débordements, au jour le jour.

[1] Plan stratégique de la transformation du réseau de santé des Laurentides, 1995.

Le PROS des urgences des Laurentides s'articule donc autour de la reconnaissance de l'énorme pression vécue aux salles d'urgence et de la répartition de celle-ci vers d'autres alternatives que les corridors de l'urgence. L'application du guide de gestion de l'unité d'urgence sous-tend, préalablement, la mise en place des ressources humaines et matérielles nécessaires à réaliser le déploiement de tous les mécanismes de liaisons nécessaires à solidifier les assises de l'organisation des services en amont, en aval et surtout, à l'interne du centre hospitalier.

Le suivi du Forum des urgences tenu en octobre 1999 a facilité les discussions, la mobilisation et la réalisation des engagements contractés suite au Forum. Les Conseils d'administration, le CMDP, CM et CII ainsi que les différents intervenants des établissements, chefs médicaux et infirmiers des départements, DG, DSPH, DSI, se sont appropriés le Guide de gestion des urgences. Chaque plan de contingence des derniers hivers a été utilisé comme base de référence au suivi des recommandations du Guide de gestion des urgences.

A1 Généralités

RECOMMANDATION

A) S'inspirer du Guide de gestion de l'unité d'urgence pour établir ou adapter les politiques de l'établissement en cette matière.

Imputabilité : Le directeur général de l'établissement

Catégories d'urgence : Toutes

Rédaction par chaque CH d'un plan d'action spécifique à l'urgence à partir du guide de gestion des urgences: été 2001.

Recommandation A1 :

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété. Transmis à la Régie, été 2001. En cours de gestion.	Complété. Transmis à la Régie, été 2001. En cours de gestion.	Complété. Transmis à la Régie, été 2001. En cours de gestion.	Complété. Transmis à la Régie, été 2001. En cours de gestion.	Complété. Transmis à la Régie, été 2001. En cours de gestion.

A2 Principes directeurs et modèle de gestion de l'unité d'urgence

Dans le cadre du suivi du Forum des urgences, tous les hôpitaux des Laurentides ont accordé un engagement sans équivoque à donner la plus haute priorité à leur urgence. En effet, les premiers plans de contingence ont fait mention que, sans un engagement vigoureux de la part des niveaux administratifs supérieurs des établissements, il serait impossible de procéder à des changements fondamentaux de la pratique hospitalière pour créer la transformation profonde, tant souhaitée, de la gestion des salles d'urgence.

Le modèle d'organisation des services retenu dans le plan de contingence régional lié au débordement quotidien des urgences en période hivernale a défini les assises du modèle de gestion des urgences qui est retenu aujourd'hui par les hôpitaux de la région pour construire le présent PROS des urgences.

Le Ministère de la santé et des services sociaux, l'Association des hôpitaux du Québec et tous les acteurs du Forum des urgences ont entériné les recommandations du guide et du modèle de gestion de l'urgence dans lequel on retrouve une Charte des conditions de réussite de l'intégration de l'urgence dans l'hôpital et de l'intégration de l'urgence avec le réseau de la communauté de son bassin de desserte. Récemment, dans la foulée de la consultation de la Commission Clair, les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux affirmaient que pour être efficace, un système de santé devait posséder les caractéristiques suivantes :

- ✓ Des services de base, médicaux généraux, organisés par territoire, facile d'accès.
- ✓ Des services spécialisés à la fine pointe du développement, accessible en région,
- ✓ Des services et des professionnels organisés en réseau au sein duquel le malade est assuré de recevoir le bon service, au bon moment et par la bonne personne,
- ✓ Une organisation performante qui permet d'offrir le maximum de services en fonction de l'argent investi par la collectivité.

Adopter et adapter un modèle de gestion de l'urgence implique que celui-ci soit complété en respectant ce qu'est l'urgence, à partir de sa nature, de sa raison d'être et de sa mission. Déployer le modèle exige d'avoir préalablement mis en place des liens clinico-administratifs efficaces, donc testés les ententes de services et de complémentarité entre les urgences locales elles-mêmes, (par exemple l'urgence de Mont-Laurier et celle de l'Annonciation; cette dernière et celle de Laurentien de Ste-Agathe) entre chacune d'elle et l'urgence du centre hospitalier régional, l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme; entre les six salles d'urgence des Laurentides et les urgences supra-régionales tertiaires de Montréal (adultes et pédiatriques). Évidemment, la réussite de cette articulation repose sur la prémisse que tous les services de première ligne soient disponibles sur le territoire de desserte de chaque CH pour éviter que la porte d'entrée de l'urgence ne soit la première et la seule porte sollicitée.

La région doit d'abord se doter d'ententes qui touchent les établissements de même nature sur un même territoire et d'un territoire à l'autre. Ceci exigera l'élaboration de protocoles au niveau local et d'envergure régionale en lien avec les services de santé spécifiquement reconnus dans les clientèles des urgences. Le modèle de gestion des urgences doit assurer la continuité des soins, la prise en charge des clientèles vulnérables et la complémentarité des ressources. Cette reconnaissance du plan de match à d'abord mettre en place permettra d'élargir les actions à prioriser dès cet automne afin d'obtenir une meilleure coordination et une meilleure standardisation des services offerts à la population des Laurentides.

Actuellement, seul un système de mise en alerte d'encombrement majeur de l'urgence et l'entente " permissive" d'ouvrir quotidiennement des lits tampons permettent aux urgences de la région de survivre à la hausse de l'achalandage.

L'approche actuelle en "silo" entrave la complémentarité des établissements, la continuité des soins et le partage d'expertise entre les professionnels. Coordonner l'organisation des soins à partir de l'urgence apparaît un des éléments majeurs du modèle de gestion des urgences. Le déploiement de liens administratifs et cliniques entre l'urgence, selon sa catégorisation, le CH lui-même, les CLSC, les CHSLD et les cabinets privés est la prémisse qui guide la mise en place des plans d'actions tant au niveau local que régional.

RECOMMANDATION

A2 Principes directeurs et modèle de gestion de l'unité d'urgence

A) Adopter les principes directeurs dans toutes les instances du centre et du territoire.
Imputabilité : Le directeur général de l'établissement
Catégories d'urgence : Toutes

B) Adopter un modèle de gestion de l'unité d'urgence.
Imputabilité : Le directeur général de l'établissement
Catégories d'urgence : Toutes

	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Adopter un modèle de gestion de l'unité d'urgence.	complété	en cours	en cours	en cours	complété
diffusion en CH :	complété	en cours	décembre 2001	hiver 2002	complété
Diffusion du modèle au territoire :	complété	en cours	en cours	Hiver 2002	Avril 2002

RECOMMANDATION

B1.1 Les Clientèles

A) À partir des données des systèmes d'information, faire connaître les clientèles qui se présentent à l'unité d'urgence et l'évolution de leurs particularités.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
SIURGE en fonction. Élaborer un tableau de bord afin d'avoir une diffusion systématique, en continu de l'information - clientèles aux personnes-clés du CH et du réseau de santé du territoire. Automne 2002	Urgence informatisée Projet d'acquérir un nouveau logiciel d'Entrepôt de données afin de compléter l'actuelle collecte des données sur les clientèles et leur évolution Octobre 2001	Recherche en cours pour informatiser l'urgence avec SIURGE ou TRIURGE ou URGO Automne 2001	Aucun système informatique en place pour l'urgence. Amorce de la mise en place d'une banque de statistiques débutée en janvier 2001. Finaliser l'adoption des paramètres et indicateurs clientèles qui seront retenus par le CH Hiver 2002	Aucun système informatique en place aux deux urgences. Donc :informations tardives des particularités clientèles. Évaluation d'un projet d'informatisation des deux salles d'urgence Hiver 2002

CONNAÎTRE LES CLIENTÈLES: B1.1

Il est fondamental de connaître le profil de la clientèle qui fréquente les salles d'urgence des Laurentides. Malheureusement, ce qui existe au Québec pour colliger les données clientèles aux urgences est de pauvre acabit. Le Registre de la clientèle sur civières est complété de façon manuscrite dans les CH et informatisé par la suite par le MSSS. Des copies standardisées par le MSSS depuis 1987 sont alors retournées aux CH et aux Régies régionales. Cette information ne permet de recueillir que le profil des patients gardés sur civières, aucune information n'est recueillie au Québec par rapport à la clientèle ambulatoire, qui représente pourtant plus de 50% de l'achalandage des urgences. Malgré la croissance des cliniques médicales, la population se présente encore beaucoup à l'urgence pour régler ponctuellement un besoin de santé. Qui sont-ils? Quels besoins de santé viennent-ils chercher à l'urgence? À quelle heure viennent-ils chercher leurs soins de santé ? Pourquoi ? À ce jour nous ne disposons pas de ces informations.

Quelques établissements au Québec ont le système informatique SIURGE depuis quelques années. Ce système donne de l'information sur la clientèle ambulatoire et civières. Dans notre région, seul le CH St-Eustache a ce système. Quant au CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme, celui-ci a un système informatique qui, en temps réel, transmet les données clientèles ambulatoires et civières. Les autres centres hospitaliers de la région ne sont pas informatisés. Ils évaluent l'impact financier de s'équiper avec SIURGE ou un autre logiciel.

Afin de connaître les clientèles qui consultent aux urgences, la Régie régionale dispose de trois types de registres clientèles. Le premier étant celui du MSSS, clientèles sur civière aux urgences. Avec ce registre, le retard de diffusion des données varie de 2 à 3 mois après la fin des périodes de calendrier. Nous diffusions les données de l'hiver en plein été. Les deux autres registres sont colligés quotidiennement par le personnel des urgences et ils renferment les informations reliées à la clientèle qui a subi une réanimation en pré hospitalier et/ou à l'urgence et les données de la clientèle traumatisée à haut risque. L'établissement tient également, de par son service des archives, le Registre provincial des traumatismes au Québec.

SUIVI B1.1 : CONNAÎTRE LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES QUI SÉJOURNENT SUR CIVIÈRE.

TABLEAU 36
SYNTHÈSE RÉGIONALE 1998-2001

Quatre catégories de clientèles ont été retenues dans cette analyse.
Les colonnes B,C,D,E,et F : clientèles de tous âges.
La colonne G est spécifique aux personnes âgées. Elle regroupe toutes les catégories de maladies si la personne est âgée de 65 ans et plus.
La clientèle de la colonne G est incluse dans les colonnes B, C, D, E et F.

A années	B Total pts/civ.	C Autres maladies	D Maladies respiratoires	E Maladies cardiaques	F Maladies mentales	G Personnes âgées	
						65 à 74 ans	75 ans et+
1998-1999	46 685	30 132	5 907 12,7 %	7 403 15,9 %	3 243 7 %	7 259 15,6 %	8 339 17,9 %
1999-2000	51 794	34 554	5 972 11,5 %	7 468 14,4 %	3 800 7,4 %	7 167 13,9 %	8 898 17,2 %
2000-2001	53 917	35 000	6 423 11,9 %	7 693 14,3 %	4 061 7,5 %	7 880 14,6 %	9 820 18,2 %

Source : Registre de la clientèle sur civière, MSSS.

Commentaires des colonnes D, E et F :

D) le nombre d'individus a augmenté de 9 % en trois ans alors que le taux de la proportion de maladies respiratoires a diminué de 0,8 % en 3 ans par rapport au total des patients civières souffrant de toutes sortes de types de pathologies.

E) augmentation de 4 % du nombre de cas de maladies cardiaques; diminution de 1,6 % de la proportion des cas cardiaques par rapport au total des cas.

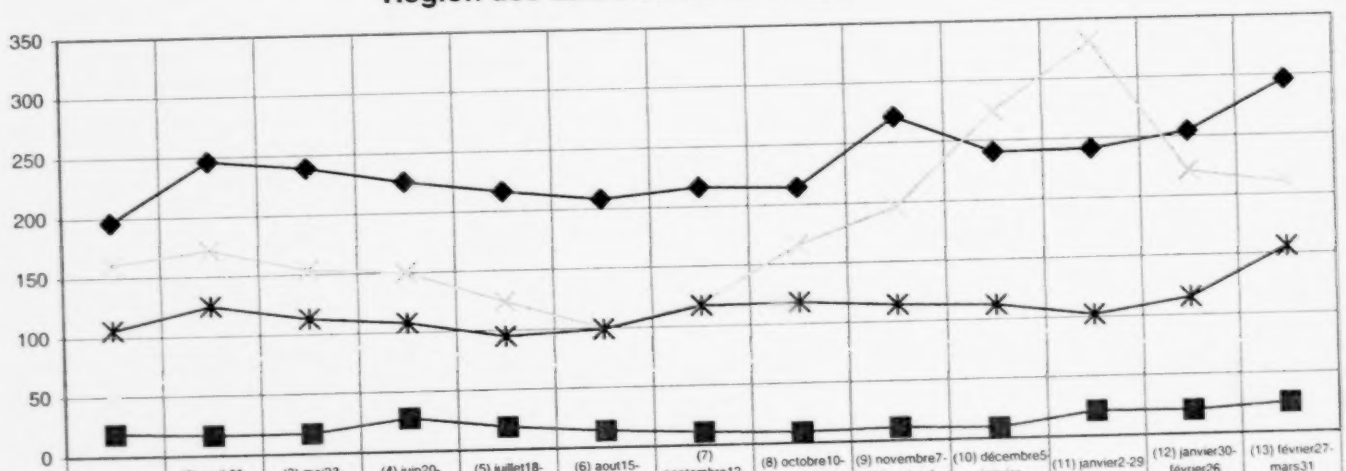
F) cette catégorie présente une augmentation de 25 % des cas en 3 ans et d'une augmentation de 0,5 % de la proportion des cas de psychiatrie par rapport à tous les cas.

Suivi B1.1
Raison de la visite à l'urgence
Personnes âgées.

Tableau 37

65 ANS ET PLUS

Clientèle sur civière à l'urgence âgée de 65 ans et plus, selon la raison de la visite et la période, Région des Laurentides 1999-2000



	(1) avril 1-24	(2) avril 25-mai22	(3) mai23-juin19	(4) juin20-juillet17	(5) juillet18-aout14	(6) aout15-septembre11	(7) septembre12-octobre9	(8) octobre10-novembre6	(9) novembre7-décembre4	(10) décembre5-janvier	(11) janvier2-29	(12) janvier30-février26	(13) février27-mars31
Cardiaque	196	246	239	226	216	208	216	214	271	240	241	254	296
Tr mentaux	19	17	17	28	19	14	11	9	11	9	21	20	25
Trauma	51	74	88	88	74	66	61	78	77	87	91	66	88
Tr. respir.	161	172	154	150	124	100	119	166	196	274	331	221	210
Tr. Digestif	106	125	113	108	95	99	117	118	114	112	102	115	156

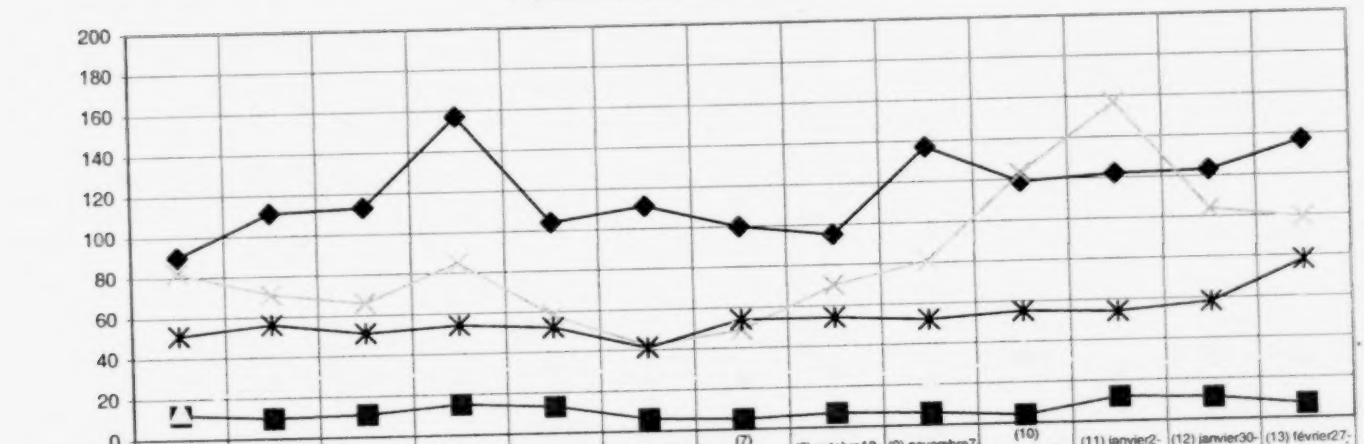
Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS.

Suivi B1.1
Raison de la visite à l'urgence
Personnes âgées.

Tableau 38

Spécifiquement
65 À 74 ANS

Clientèle sur civière à l'urgence âgée entre 65 et 74 ans,
selon la raison de la visite et la période,
Région des Laurentides 1999-2000



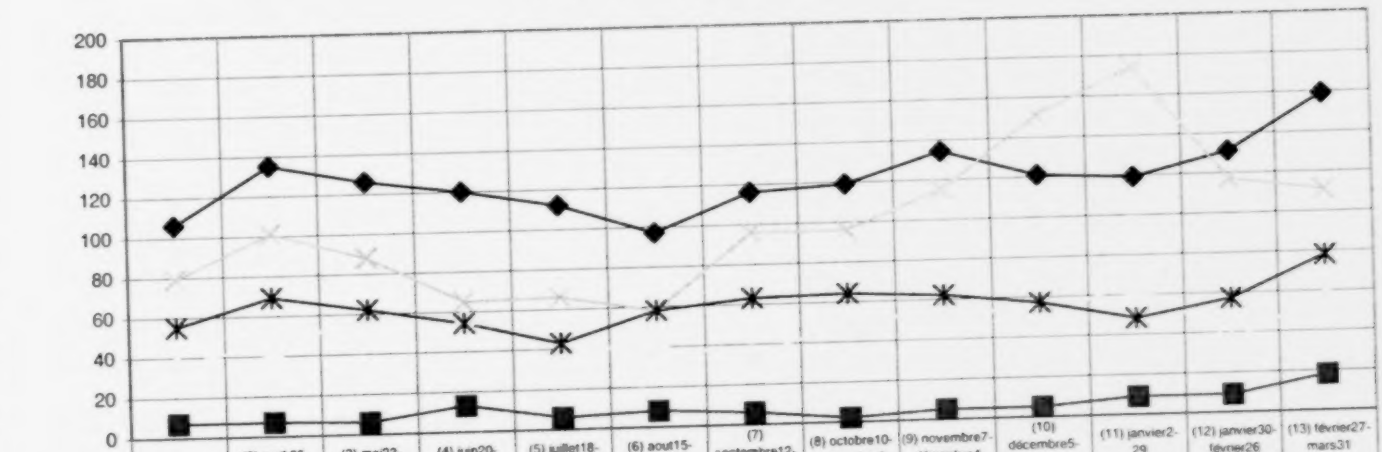
	(1) avril 1-24	(2) avril 25-mai22	(3) mai23-juin19	(4) juin20-juillet17	(5) juillet18-aout14	(6) aout15-septembre11	(7) septembre12-octobre9	(8) octobre10-novembre6	(9) novembre7-décembre4	(10) décembre5-janvier	(11) janvier2-29	(12) janvier30-février26	(13) février27-mars31
Cardiaque	90	111	113	157	104	111	100	95	137	119	122	123	137
Tr mentaux	12	10	11	15	13	6	5	7	6	4	12	11	7
Trauma	14	29	30	30	34	26	26	29	22	35	26	30	30
Tr respir	82	71	66	85	58	42	49	70	81	123	157	104	99
Tr. Digestif	51	56	51	54	52	41	54	54	52	55	54	58	78

Suivi B1.1
Raison de la visite à l'urgence
Personnes âgées.

Tableau 39

Spécifiquement
75 ANS et plus

Clientèle sur civière à l'urgence âgée de 75 ans et plus, selon la raison de la visite et la période, Région des Laurentides 1999-2000



	(1) avril 1-24	(2) avril 25-mai22	(3) mai23-juin19	(4) juin20-juillet17	(5) juillet18-aout14	(6) aout15-septembre11	(7) septembre12-octobre9	(8) octobre10-novembre6	(9) novembre7-décembre4	(10) décembre5-janvier	(11) janvier2-29	(12) janvier30-février26	(13) février27-mars31
Cardiaque	106	135	126	120	112	97	116	119	134	121	119	131	159
Tr mentaux	7	7	6	13	6	8	6	2	5	5	9	9	18
Trauma	37	45	58	58	40	40	35	49	55	52	65	36	58
Tr. respir.	79	101	88	65	66	58	96	96	115	151	174	117	111
Tr. Digestif	55	69	62	54	43	58	63	64	62	57	48	57	78

Suivi B1.1

Tableau 40

Un aperçu de quelques actions mises en place pour réduire l'entrée des clientèles vulnérables à l'urgence.

Personnes atteintes de maladies pulmonaires	Personnes atteintes de maladies cardiaques	Personnes atteintes de maladies mentales	Personnes âgées en perte d'autonomie
Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza et le pneumocoque à tous les automnes	Développer des cliniques de prévention et de suivi des maladies cardio-vasculaires	Suivi systématique de la clientèle chronique dans la communauté (CLSC)	Déployer l'actuel réseau de services intégrés (PAPA) à l'ensemble des clientèles atteintes de maladies chroniques : Adultes et personnes âgées.
Déployer une trajectoire de soins et de services intégrés pour la MPOC; Un réseau pour toute la région.	Favoriser le développement de projets locaux	Déployer les ressources de l'Info-crise dans les CLSC / équipes territoriales	Guichet unique. Déployer les trajectoires de services à partir du réseau PAPA (personnes adultes en perte d'autonomie)
Développer des programmes spécifiques d'enseignement sur l'asthme et la MPOC		Assurer le développement de poste d'infirmière de liaison en santé mentale dans chaque urgence	Mécanisme de dépistage mis en place dès l'urgence
Maintenir le service déjà en place depuis 1997 des soins respiratoires à domicile, surtout en période d'exacerbation de la MPOC		Ajouter des plages horaires aux cliniques externes. Réduire les délais de consultation.	Services infirmiers de liaison CH-CLSC en place dans tous les territoires

Suivi B1.1
La clientèle du réseau de traumatologie des Laurentides

Les centres hospitaliers des Laurentides font partis du réseau provincial des centres désignés en traumatologie.

- L'Hôtel-Dieu de St-Jérôme : niveau secondaire.
- Le centre hospitalier St-Eustache : niveau secondaire.
- Le centre hospitalier Laurentien : niveau primaire.
- Le CHCR Antoine Labelle, site de Mont-Laurier : niveau primaire.
- Le CHCR Antoine Labelle site de l'Annonciation : service de stabilisation
- Le centre hospitalier Argenteuil : retiré du réseau provincial.

Tableau 41
achalandage en traumatologie dans les urgences à l'année 2000

	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Nb cas de traumatisme	1 257	3 017	1 419	191	816 (2 sites)
Nb de cas à haut risque	62	67	66	n/a	n/a

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS.

Tableau 42
Proportion du nb de cas de traumatisme par rapport au total des cas civières.

	CHSE	HDSJ	CHL
Rapport en %	8,8%	16%	18,5 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS.

Commentaires :
Le centre hospitalier Laurentien de Ste-Agathe est très sollicité en orthopédie-traumatologie depuis le développement exponentiel de Tremblant.
L'hôtel-Dieu de St-Jérôme est le centre secondaire receveur des clientèles du CH Laurentien. Le pourcentage de clientèles traumatiques est assez semblable dans les deux CH.

B1.2 Mission de l'unité d'Urgence

La mission

Depuis plusieurs années, gérer une salle d'urgence n'est pas évident. D'une part il faut être en mesure de composer avec la variation du nombre de patients et l'intensité de sévérité de leur cas et d'autre part, l'urgence est encore la première porte d'entrée du système de santé dans les Laurentides, l'achalandage aux urgences est un reflet du manque de ressources en services médicaux de première ligne. C'est l'urgence qui subie encore cette pression. La capacité d'adaptation des urgences est omniprésente quotidiennement depuis quelques années. Les établissements doivent gérer les fluctuations de l'urgence et les lits d'hospitalisation simultanément afin de désengorger les salles d'urgence. Ainsi, l'ouverture de lits tampons oscille quotidiennement dans la région, tout au long de l'année, de 30 à 60 lits en surplus de ceux au permis des établissements. Cette situation est intenable. Elle exigera dès l'automne, que la Régie régionale amorce les travaux spécifiques à l'évaluation du besoin de civières et de lits dans nos hôpitaux.

Respecter les plans locaux de gestion des urgences exige de mettre en place des mécanismes pour faciliter les références des patients de l'urgence vers d'autres alternatives tant en heures favorables que défavorables.

Sauvegarder la mission des urgences sous-tend d'améliorer l'accessibilité aux réseaux de services mis en place pour les clientèles vulnérables. Par réseaux de services intégrés, il faut comprendre :

- L'existence de points d'accès bien identifiés pour l'obtention des services de base. Les mécanismes d'accès doivent être simples.
- Un fonctionnement harmonieux des niveaux local, régional et national.
- Une articulation planifiée tant à l'intérieur de l'urgence que du CH et du réseau.

Les établissements de la région des Laurentides présentent une dynamique peu commune dans la gestion des urgences. Compte tenu que nous sommes en plan de contingence à l'année longue.

PROTÉGER LA MISSION DES URGENCES : *LES RESSOURCES EN AMONT ET EN AVAL DES CH DOIVENT ÊTRE REHAUSSÉES AFIN DE RÉPONDRE À LA HAUSSE DES DEMANDES DE SERVICES ET À LA COMPLEXITÉ DE CELLES-CI.*

Lors du Forum des urgences en octobre 1999, une définition de la mission de l'urgence a été retenue. *L'urgence fournit en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition, dans une perspective d'approche-client.*

Promouvoir la mission, c'est avant tout, partager avec tous les partenaires, une vision commune de l'urgence à savoir que cette structure de services est d'abord une partie intégrante de la communauté et qu'elle fait office de filet de sécurité sanitaire pour la population jusqu'à ce qu'une nouvelle structure de services médicaux en 1ere ligne soit installée. L'urgence est complémentaire à la mission des autres établissements du réseau. Elle est la porte d'entrée de l'hôpital et elle sert de plaque tournante dans la prestation des services de santé.

Dans les Laurentides, depuis 1996, nous avons retenu un acronyme pour nous aider à identifier les différentes composantes de la mission de l'urgence :

Le A,E,I,O,U a guidé le choix des actions les plus efficaces à mettre en place. La connaissance des réponses aux questions soulevées dans l'acronyme était une source de résolution des problèmes liés à l'engorgement des urgences. C'est à partir de ces constats qu'ont été conceptualisés les premiers plans de contingence de la région à partir de 1998. C'est toujours d'actualité aujourd'hui...

A, accueil des patients : qui est la clientèle, quels sont les services de santé que ces patients viennent chercher à l'urgence, pourquoi l'urgence, aujourd'hui, maintenant...

E, évaluation du besoin de santé du patient : a-t-il besoin du plateau technique de l'urgence pour répondre à son malaise, ce patient est-il connu d'un réseau de services complémentaires (MPOC, soins palliatifs, soutien à domicile, centre de crise en santé mentale etc.). Évaluer veut dire, trouver le lieu et le service le plus approprié à répondre au besoin de santé de chaque patient qui se présente à l'urgence, avant de prendre pour acquis que c'est l'urgence,

I, intervention, démarches diagnostiques, consultations spécialisées, établir le diagnostic différentiel, donner les traitements...

O, orientation du patient hors de l'urgence : congé, référence au médecin traitant, transfert, hospitalisation ou observation temporaire sur civière en attendant la destination finale du patient. (séjour moyen de 8 à 12 heures)

U, l'urgence d'intervenir immédiatement pour sauver une vie, un membre ou un organe. C'est la raison d'être de l'urgence. Le stat, l'immédiat, le chaque minute compte...

RECOMMANDATION

B1.2 Mission de l'unité d'Urgence

A) Adopter la définition de la mission de l'unité d'urgence et s'assurer de l'engagement des directions et des conseils professionnels à prioriser l'unité d'urgence au sein de l'établissement.

Imputabilité : Le président du CA et le DG de l'établissement

Catégories d'urgence : Toutes

B) Faire connaître la mission de l'unité d'urgence à la population et aux partenaires.

Imputabilité : MSSS

Catégories d'urgence : Toutes

C) Appliquer la mission retenue par le MSSS et adoptée par le CA pour l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

B1.2 Mission de l'unité d'Urgence

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Mission reconnue par le comité de coord de l'urgence et : CA CMDP CII CM /Sept 2000 Diffusion au réseau/oct 2000 Affichage à l'urgence/fait	Mission reconnue par le comité de coord de l'urgence et : CA CMDP CII CM /Sept 2000 Diffusion au réseau/oct 2000 Affichage à l'urgence/fait	Mission reconnue par le comité de coord de l'urgence et : CA CMDP CII CM /Sept 2000 Diffusion au réseau/oct 2000 Affichage à l'urgence/oct 2001	Mission reconnue par le comité de coord de l'urgence et : CA CMDP CII CM /Sept 2000 Diffusion au réseau/oct 2000 Affichage à l'urgence/ fait	Mission reconnue par le comité de coord de l'urgence et CA, à venir CMDP CII CM /mars 2000 Diffusion au réseau; à venir Affichage à l'urgence/ à venir

B2.1 Accès à l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

A) Mettre en place une signalisation claire sur l'emplacement de l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le gestionnaire responsable de la sécurité

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Signalisation interne et externe en place : Tableau électronique Dépliants Affiches couleurs PFT en cours	Signalisation interne et externe à réviser/Sept 01. Mettre en place panneaux de signalisation : sept 01 ✓ Cl externes ✓ Stationnement ✓ Restaurant Vestiaire/femmes à la mammographie PFT en cours	Signalisation interne et externe à réviser/Sept 01. Ajouter info à l'extérieur sur la localisation du garage/urgence PFT en cours	Signalisation à l'interne à réviser À l'externe en place: PFT en cours	Signalisation à réviser Avril 2002

B) Prévoir des mesures de sécurité et des procédures claires d'aide à la clientèle.

Imputabilité : Le gestionnaire responsable de la sécurité, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	En place	En place	à réviser: Fév. 2002

C) Prévoir une procédure claire pour les situations où une personne autre qu'un patient du centre est victime d'un accident ou d'un malaise.

Imputabilité : Le DSGS et la DSI

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	En place	En place	à réviser: Fév. 2002

RECOMMANDATION

B2.2 Le triage

A) S'assurer que le triage soit effectué par une infirmière avant l'inscription.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Déc. 2001	Déc. 2001	Mars 2002	En place	En place

B) Implanter l'échelle de triage ETG.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Formation md et inf. et personnel Sept 01 à déc 01 Comité ad hoc de suivi Déc. 2001	Former le personnel suite à Form monitrices Déc. 2001	Comité en place Doc. diffusé Ajout 2e inf au triage Form. monitrices Automne 2001-	Form. monitrices Acquérir logiciel TRIURGE Automne 2001	Form. monitrices automne 2001 et hiver 2002 implantation Mars 2002

C) Établir des protocoles et prévoir des mécanismes d'accès aux soins et services.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Débuter 1er protocole d'évaluation triage déc.01 Et autres de déc. 2001 à mars 2004	Comité triage doit réviser les protocoles en place Déc. 2001 à avril 2002	Ordonnances permanentes À adopter par CMDP/Déc 2001 Autres à suivre Mars 2002	À faire Déc 2001 à hiver 2002	À faire Déc 2001 à hiver 2002

D) Évaluer de façon continue le processus du triage.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
comité Mars 2002	comité Déc 2001	comité Mars 2002	comité Automne 2002	comité Hiver 2002

RECOMMANDATION

B2.3 Critères d'installation des patients sur civière

A) Utiliser les critères recommandés quant à l'installation des patients sur une civière.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Critères du guide connus/suivis Info personnel Comité urgence	Critères du guide connus/suivis Info personnel Comité urgence	Critères du guide connus/suivis Info personnel Comité urgence	Critères du guide connus/suivis Info personnel	Critères du guide connus/suivis Info personnel

B) Établir des mécanismes d'évaluation de façon à assurer que les critères mentionnés plus haut soient respectés.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
À mettre en place Évaluation 2002	Processus évolutif en place	Comité Évaluation continue	À protocoliser d'ici mars 2002	Hiver 2002

B2.4 Critères d'installation des patients dans la salle de choc

A) Adopter des critères pour une utilisation optimale de la salle de choc.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Contact direct avec préhospitalier Critères du guide connus. Informer le personnel Déc. 2001 Procédure utilisée pour mettre équipe en alerte	Contact direct avec préhospitalier Critères du guide connus, respectés et intégrés dans modèle Procédure utilisée pour mettre équipe en alerte	Contact direct avec préhospitalier Critères du guide connus, respectés et intégrés dans modèle Procédure utilisée pour mettre équipe en alerte	Hiver 2002	Hiver 2002

B) Tenir un registre d'utilisation et évaluer l'utilisation de la salle de choc.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Mettre en place un registre/choc déc. 2001 Suivi évaluation avec RR de : Registre trauma à haut risque en cours '97 Registre RCR en cours '97	Évaluer le registre /choc en place nov. 2001 Suivi évaluation avec RR de : Registre trauma à haut risque en cours '97 Registre RCR en cours '97	Évaluer les critères existants Mettre en place un registre/choc Suivi évaluation avec RR de : Registre trauma à haut risque en cours '97 Registre RCR en cours '97	Mettre en place un registre/choc automne 2002 Suivi évaluation avec RR de : Registre trauma à haut risque en cours '97 Registre RCR en cours '97	Mettre en place un registre/choc hiver 2002 Suivi évaluation avec RR de : Registre trauma à haut risque en cours '97 Registre RCR en cours '97

C) Implanter un programme d'évaluation de la qualité des interventions effectuées dans la salle de choc.

Imputabilité : Le chef du service médical l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Comité local de traumato en fonction continue Élaborer un programme et une grille d'évaluation	Comité local de traumato en fonction continue Élaborer un programme et une grille d'évaluation Réviser q 3 mois le registre actuel	Comité local de traumato en fonction continue Grille d'évaluation actuellement utilisée	Élaborer un outil d'évaluation Hiver 2003	Printemps 2002

RECOMMANDATION

B2.5 Monitorage à l'unité d'urgence

A) Établir des règles d'utilisation du monitorage à l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

RECOMMANDATION

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
À écrire et à standardiser Télémétrie en fonction au Court séjour médical PFT en cours	Évaluer les règles d'utilisation du monitorage actuel. Nov 2001 Processus évolutif selon PFT en cours 2001-2003	Révision des procédures de monitorage actuel Télémétrie en fonction à certaines civières Critères d'utilisation écrits par chef méd. Besoins en ajout d'appareils déposés PFT en cours	Système de monitoring à remplacer selon évolution du PFT Hiver 2002 Critères de monitorage à évaluer	Printemps 2002

B2.6 Prise en charge médicale du patient à l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

A) Faire en sorte que le personnel de l'unité d'urgence possède l'expertise requise pour répondre aux demandes de soins urgents de toutes les clientèles, y compris les catégories de clientèles que l'on retrouve peu fréquemment dans l'établissement.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Mise à jour méd-inf. continue en place	Mise à jour méd-inf. continue en place	Mise à jour continue de la formation médicale : ATLS-ACLS-APLS Révision de cas Formation infirmière continue :ACLS RCR-cardio-triage trauma-psychiatrie-dépistage pers.âgées	Mise à jour inf. Élaborer programme conjoint de formation méd-inf. Automne 2002	Mise à jour méd-inf. continue en place

RECOMMANDATION

B) Adopter les consignes du guide d'exercice du Collège des médecins du Québec en ce qui concerne la prise en charge médicale.

Imputabilité : Le chef du service médical et le CMDP
Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	En place	Automne 2001	En place

C) S'assurer que l'unité d'urgence ne devienne un lieu où les patients sont mis en observation prolongée.

Imputabilité : Le chef du service médical, en collaboration avec le coordonnateur médical de l'unité d'urgence et/ou le DSP
Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Mécanisme de surveillance en place	Suivi des consultations Déc 2001	Réduire le délai de séjour Valider mécanisme en place	Mécanisme en place	Mécanisme en place

D) Mettre au point ou adapter des outils de dépistage ou d'évaluation de problématiques particulières.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place Spécifique aux clientèles vulnérables Inf de liaison Comité gestion urg	En place Spécifique aux clientèles vulnérables Inf de liaison Comité gestion urg	En place Spécifique aux clientèles vulnérables Inf de liaison Comité gestion urg	Développer un guide de soutien Hiver 2003	À développer Automne 2002

E) Établir des règles pour s'assurer que les consultations émanant de l'urgence soient appropriées. Mettre au point un mécanisme de surveillance.

Imputabilité : Le chef du service médical, le DSP et le CMPD
Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	En place	En place	En place

Tous les établissements identifient dans leur modèle de gestion la pertinence d'établir les règles afin que le médecin d'urgence soit en mesure d'évaluer rapidement si son urgence est apte à donner les services au patient selon les besoins de son état de santé et si les consultations qu'il demande sont appropriées. Il est entendu que, pour ce faire :

- ✓ Les ressources diagnostiques du CH: présence des spécialistes et temps réponse.
- ✓ Les ressources internes doivent être disponibles pour traiter le patient selon les résultats de la consultation faite au médecin spécialiste,
- ✓ Les membres du CMDP des établissements doivent avoir statuer sur cette capacité de prise en charge et la diffuser clairement auprès des médecins de leur urgence.
- ✓ Des ententes de transfert vers le CH le plus approprié ont déjà été signées entre les centres du territoire d'abord et ceux de Montréal.

RECOMMANDATION

F) **Élaborer une politique de consultation à l'unité d'urgence visant à définir les responsabilités du consultant quant aux délais et au mode de prise de décision. Mettre au point un mécanisme de surveillance des temps de consultation.**

Imputabilité : Le chef du service médical, le DSP et le CMPD
Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Printemps 2002	Déc. 2001	Hiver 2003	Hiver 2003	Réalisé. En place

Tous les CH conviennent d'établir une politique de consultation indiquant les responsabilités des consultants et les temps réponse de ceux-ci. Plusieurs médecins spécialistes consultants sont intégrés aux équipes de base des CH St-Jérôme et St-Eustache mais plusieurs sont également itinérants et proviennent spécifiquement des centres hospitaliers de :
Hôtel-Dieu de St-Jérôme vers Laurentien et Argenteuil.
Le CH Sacré-Cœur de Montréal vers les deux CH CR Antoine Labelle au nord et le CH St-Eustache, au sud.
Le CH Cité de la santé de Laval vers le CH St-Eustache.

G) **Élaborer les règles et protocoles visant à éviter les admissions inappropriées de l'unité d'urgence. Établir un mécanisme de surveillance des admissions inappropriées de l'unité d'urgence.**

Imputabilité : Le chef du service médical, le DSP et le CMPD
Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL

Note de l'auteur : Les établissements ont reconnu dans leur plan d'action respectif avoir en place un coordonnateur médical responsable de la gestion de l'urgence. L'Hôtel-Dieu de St-Jérôme souhaite remplacer le plus rapidement possible leur dernier coordonnateur, par un seul médecin ou une équipe. Le CH CR AL a une structure de gestion des lits différente des autres CH. Tous reconnaissent que cette structure administrative évite l'abus d'admissions inappropriées dans le CH. Une politique formelle ayant des règles et des protocoles sera complétée par les établissements dans les périodes suivantes : du printemps 2002 à l'hiver 2003 selon le plan d'action des CH.

B2.6 (suite)

H) Adopter des règles relatives aux demandes de consultation provenant de l'extérieur de l'urgence et en assurer la diffusion auprès des membres du CMDP de l'établissement et des médecins du territoire.

Imputabilité : Le chef du service médical, les chefs des départements cliniques, le CMDP et le DSP

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
À faire	À faire	À faire	À faire	À faire

Ce critère exige le développement du réseau de médecins de 1ere ligne. Plusieurs réseaux d'organisations des services en amont et en aval de l'urgence sont à se mettre en place dans la région. Diffuser vers tous les intervenants du réseau les plans d'actions des CH fait partie de la stratégie régionale qui sera mise en place dès l'automne 2001 et l'hiver 2002.

RECOMMANDATION

I) Adopter pour les patients présents à l'unité d'urgence, des règles relatives au transfert entre les médecins de l'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical

Catégories d'urgence : Toutes

J) Adopter des règles relatives au processus d'admission dans l'établissement.

Imputabilité : Le DSP, la DSI et/ou le DSGS

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

K) Mettre en place des procédures claires visant à établir et à identifier le médecin et l'infirmière responsables de chaque patient présent à l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence et le DSP

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	En place	En place	En place

Commentaires recueillis dans les plans d'actions des CH :

I, J, et K) : Les écrits spécifiques à ces trois thèmes seront à bonifier dès l'automne 2001 dans tous les CH.

RECOMMANDATION

B2.7 Les examens diagnostiques à l'unité d'urgence

A) Accorder la priorité aux demandes urgentes d'examens en provenance de l'urgence

Imputabilité : Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	Printemps 2002	Avril 2002	Automne 2001	complété

B) Faire en sorte que les analyses de laboratoire et les radiographies simples urgentes demandées à l'urgence soient effectuées dans un délai de une heure.

Imputabilité : Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
déc 2001	Sept 2001	À compléter	complété	complété

C) Prévoir pour l'urgence l'accès à des plages horaires prioritaires pour les services d'imagerie médicale avancée et de médecine nucléaire..

Imputabilité : Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

D) Prévoir un mécanisme d'évaluation de la pertinence des examens de laboratoire et d'imagerie médicale

Imputabilité : Le chef du service médical

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Hiver 2002	Oct 2001	Hiver 2002	Printemps 2003	Hiver 2002

E) Établir un mécanisme adéquat de réponse advenant une demande accrue en examens diagnostiques.

Imputabilité : Le DSP et les chefs des services d'imagerie médicale et des laboratoires

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	déc 2001	complété	complété	complété

Commentaires :

B) La disponibilité d'une réponse en radiologie dans un délai d'une heure est proportionnelle à la présence d'un radiologiste sur place. Les CH Laurentien, Argenteuil et CH CR Antoine Labelle attendent l'arrivée du PACS pour résoudre une partie du problème de leur pénurie en radiologie.

C) Ce critère a exigé de nouvelles ententes de transferts pour les CH de la région et d'ouverture de plages horaires spécifiques (soirée et fin de semaine) pour les CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme et l'hôpital Sacré-Cœur de Mtl.

RECOMMANDATION

B2.8 Planification du départ du patient de l'unité d'urgence

A) Établir une procédure de réévaluation des patients sur civière.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	complété	complété	Hiver 2002	complété

B) Établir et adopter des critères pour libérer un patient de l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	complété	Sept 2001	Hiver 2002	2002

C) Concevoir un guide sur les modalités de planification et de préparation du départ de l'unité d'urgence et s'assurer de l'implication du patient lui-même, du personnel de l'unité d'urgence et des partenaires du réseau, le cas échéant.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Hiver 2003	2002	2002	2002	2002

Commentaires:

C) Ce critère exige le développement du réseau de médecins de 1ere ligne. Plusieurs réseaux d'organisations des services en amont et en aval de l'urgence sont à se mettre en place dans la région. Le DRMG a le mandat de participer à l'élaboration de ce guide dès 2002.

B2.9 Les transferts inter-établissements

A) Adopter des règles relatives aux transferts de l'unité d'urgence vers d'autres établissements.

Imputabilité : Le chef du service médical et le DSP, en collaboration avec les responsables médicaux et les DSP des centres de destination

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	Complété	complété	À améliorer	Printemps 2002

B) Adopter des règles de disponibilité des escortes.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété dans le CH. 2e volet : Projet pilote avec SCM et HDSJ	Complété dans le CH et à bonifier d'ici hiver 2002. Initiateur du projet pilote régional d'escorte inf. fournie par le CH HDSJ aux CH demandeurs de la région.(médecine nucléaire) Évaluation du projet : Mars 2002.	complété	Automne 2001	complété

RECOMMANDATION

C) Adopter des directives sur les transferts avec escorte médicale ou non médicale.

Imputabilité : Le chef du service médical, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le CMDP

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Mise à jour d'ici 2002	Procédure à rédiger / CMDP Sept 2001	Procédure à rédiger / CMDP	Procédure à rédiger / CMDP Hiver 2002	Procédure à développer /à rédiger / accord CMDP

RECOMMANDATION

B2.10 La famille et les visiteurs à l'unité d'urgence

A) Établir des règles de visite et des mécanismes de contrôle des visiteurs à l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical, l'infirmière-chef de l'urgence et le responsable de la sécurité

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place À réviser sept 2001	En place À réviser oct2001	En place à réviser car PFT en cours	En place À réviser Hiver 2002	En place À réviser Automne2001

B) Établir des procédures sur l'information à donner aux proches.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	À rédiger	À développer Automne 2001	En place À réviser Automne2001

C) Désigner une ou des personnes responsables du soutien aux familles en état de choc.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	En place À bonifier	À compléter Automne 2001	À développer 2002

RECOMMANDATION

B2.11 Transmission de l'information clinique

A) Appliquer des modalités de transfert de l'information clinique au médecin de famille et aux autres intervenants lorsque cela est nécessaire.

Imputabilité : Les cliniciens sont responsables de la transmission de l'information. Les directeurs concernés sont responsables de la disponibilité des outils de transmission de l'information

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété En place	Complété En place	Complété En place Revoir utilisation de l'outil utilisé	Automne 2001	Complété En place

RECOMMANDATION

B2.12 Le suivi des patients de l'unité d'urgence

A) Établir des règles d'utilisation des locaux de l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété En place	Complété À présenter au CMDP Nov. 2001	Complété En place	Établir les nouvelles règles suite au PFT	À développer

B2.13 **Mettre au point et appliquer des mécanismes de gestion des résultats anormaux des examens, incluant les procédures de rappel.**

RECOMMANDATION

A) Établir les règles et procédures

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence, les responsables médicaux des services diagnostiques, le DSP et le CMDP

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété En place À bonifier	Complété Créer et tenir un registre oct. 2001	Complété En place À bonifier Déc. 2001	complété	complété

B2.14 **Cogestion clinique à l'unité d'urgence**

RECOMMANDATION

A) Constituer un tandem médico-infirmier de cogestion clinique.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété En place	Complété En place	Complété En place	Complété En place	Complété En place

B3.1 Personnel médical de l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

A) Établir les règles sur la composition de l'équipe médicale selon le type d'urgence

Imputabilité : Le chef du DSMU

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	Mars 2002	À élaborer	Automne 2002	complété

B) Établir les règlements de fonctionnement de l'urgence

Imputabilité : Le chef du DSMU

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	complété	complété	Automne 2002	En cours

C) Établir des règles portant sur la présence médicale continue à l'urgence

Imputabilité : Le chef du DSMU et le DSP

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété	Complété	Mise à jour	Automne 2002	Complété

D) Établir le nombre de médecins requis à l'urgence

Imputabilité : Le chef du DSMU

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété	Complété	Mise à jour	Automne 2002	Complété

E) Prévoir les mécanismes d'ajout de médecins lorsqu'il y a achalandage important ou désastre.

Imputabilité : Le chef du DSMU

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	complété	complété	complété	Complété

F) Promouvoir la départementalisation de l'urgence.

Imputabilité : Le chef du DSMU; le DSP, le DG.

Catégories d'urgence :

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Service d'urgence pour l'instant	Service d'urgence pour l'instant	Complété depuis 1998	Non pertinent Consultation faite automne 2000	Non pertinent

RECOMMANDATION

B3.2 Coordonnateur médical de l'unité d'urgence

A) Évaluer la pertinence de nommer un coordonnateur médical de l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical et/ou le DSP

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires et tertiaires

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Coord. médical en place ; à ré-évaluer automne 2001 (équipe de coord.)	Coord. médical en place, Composer une nouvelle équipe de coord. méd. d'ici déc 2001	Équipe de coordonnateurs en place	Coord. médical en place, resp. de l'urgence et des admissions en CH	En évaluation.

B) S'assurer que les fonctions du coordonnateur médical de l'unité d'urgence sont bien remplies.

Imputabilité : Le chef du service médical et/ou le DSP

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires et tertiaires

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
À évaluer Déc. 2001	évaluer Déc. 2001	Révision Hiver 2002	Révision Hiver 2002	Jugé non pertinent

B3.3 Personnel infirmier de l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

A) Disposer d'outils d'évaluation de l'expertise et des mécanismes de soutien clinique.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Mettre en place Inf clinicienne ; Définir fonctions Juin 2002	Mettre en place Inf clinicienne ; Définir fonctions mars 2002	Dégager ass inf-chef sur chaque quart de travail À faire.	En place	À développer Automne 2002

B) Mettre sur pied un programme d'orientation et d'intégration à l'unité d'urgence pour toutes les infirmières, y compris celles qui effectuent des remplacements.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place ; à bonifier d'ici juin 2002	En place ; à bonifier d'ici mars 2002	En place ; à bonifier d'ici mars 2002	À améliorer Automne 2001	En place

C) Structurer un programme d'intégration progressive à l'intention des infirmières qui ne répondent pas aux critères de qualification requis.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

Programme en place dans tous les CH; à bonifier d'ici mars 2002. intégration des équipes volantes.

D) Établir annuellement un programme de formation continue.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Juin 2002	Mars 2002	Hiver 2002	Automne 2001	En place

E) Établir un ratio d'infirmières qui tient compte de la pression et de la catégorie de patients, ainsi que des temps de pause et de repas.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence et le chef du service médical

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	Mars 2002	PFT en cours	En cours	En place

F) S'assurer que les fonctions de monitrice clinique sont remplies et déterminer ces fonctions.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence, la D.S.I. et le directeur administratif concerné

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
Juin 2002	Mars 2002

G) S'assurer que les fonctions d'assistante infirmière-chef sont remplies et déterminer ces fonctions.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
Juin 2002	À réviser d'ici nov 2001

B3.4 Autres professionnels de l'unité d'urgence

RECOMMANDATION

A) S'assurer que les fonctions d'un pharmacien soient remplies à l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le DSP

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
Jugé N/A	Description de fonction et recrutement d'ici nov. 2001

B) S'assurer de la disponibilité d'un travailleur social à l'unité d'urgence selon un horaire qui répond aux besoins des patients.

Imputabilité : Le DSGS

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
En place de jour Du lundi au vendredi.	En place de jour. Du lundi au vendredi. Identifier les besoins soir et fin de semaine. Nov 2001

C) S'assurer de la présence d'un inhalothérapeute à l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service d'inhalothérapie

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
En place 7/7 (24 hres)	En place 7/7 (24 hres)

D) S'assurer de la disponibilité d'une infirmière de liaison en santé physique, selon un horaire qui répond aux besoins des patients.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
En place 7/7 de jour.	Identifier les besoins; description de fonctions; Nov. 2001

E) S'assurer de la disponibilité d'une infirmière de liaison en santé mentale à l'unité d'urgence, selon un horaire qui répond aux besoins des patients.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Les urgences à vocation secondaires

CHSE	HDSJ
Identifier les besoins; à venir à l'automne 2001	En place de jour. 7/7.

RECOMMANDATION

B3.5 Personnel de soutien de l'unité d'urgence

A) S'assurer que les fonctions de réception, d'inscription et d'information soient assumées.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place Jour/soir/nuit	En place ré-évaluer pertinence du rattachement administratif à l'urgence d'ici avril 2002	En place	En place	N/a

B) S'assurer que les fonctions d'un commis soient remplies selon les besoins de l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
En place jour/soir/nuit	Ré-évaluer les fonctions d'ici mars 2002

C) S'assurer que les fonctions de préposé aux bénéficiaires et de brancardier soient assumées.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place Jour/soir/nuit	En place Ré-évaluer fonctions d'ici mars 2002	En place	En place	En place

D) Désigner une personne responsable du matériel.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place depuis juillet 2001	À développer Mars 2002	En place	En place	En place

E) Disposer d'un service de secrétariat pour l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le DSP et le DSI et/ou le directeur administratif concerné

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
Jugé non pertinent .	Évaluer les besoins et si pertinent, créer poste de tech administratif d'ici mars 2002

B3.6 Autres services

A) S'assurer de la disponibilité du service de plâtre entre 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
En place de jour. Du lundi au vendredi et le dimanche.	En place de jour; Développer un poste en soirée Analyser les besoins de nuit D'ici mars 2002

RECOMMANDATION

B) S'assurer de la disponibilité rapide (moins de 10 minutes) du service d'ECG 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place jour et soir. Assuré de nuit par le pers. de l'urg. en stat.	En place jour et soir. Évaluer la pertinence de nuit. Mars 2002	Assuré 24h par le personnel de l'urgence	En place de jour/soir/nuit	En révision Automne 2001

RECOMMANDATION

B3.7 Mesures visant à contrer la pénurie de médecins et d'infirmières

A) Établir des règles de fonctionnement afin de maximiser le temps que les infirmières consacrent directement aux soins des patients.

Imputabilité : L'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En cours	En cours	En cours	En cours	En cours

B) Planifier le recrutement à long terme des effectifs et établir des mécanismes nécessaires à la stabilisation des équipes médicale et infirmière en place à l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Plan d'action annuel	Plan d'action annuel	Plan d'action annuel	Plan d'action en cours	En cours

C) Nommer un responsable du processus de retour sur des événements stressants.

Imputabilité : Le chef du service médical l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place ; faire un sondage d'efficacité d'ici avril 2002	En place	En place	Automne 2001

D) Assurer la protection du personnel en disposant de renfort rapidement pour l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le gestionnaire responsable de la sécurité

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	Élaborer un protocole de renfort d'ici avril 2002	En place	En place	En place

B4.1 Configuration physique des établissements du réseau

Les immobilisations dans les Laurentides. Plusieurs PFT[1] en cours.

Évolution des dossiers d'immobilisation de la région.
Certains facteurs conjoncturels ont orienté les priorités pour l'année 2001-2002.

CH ST-Eustache	Plan directeur immobilier
CHSLD de la Rivière du Nord	Agrandissement du CH d'Youville
Hôpital Argenteuil	Agrandissement du Pavillon d'Argenteuil
CLSC Thérèse de Blainville	Agrandissement
Centre jeunesse des Laurentides	Campus de 48 places à St-Jérôme
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	Aménagement pour la résonance magnétique
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	Centre de radio-oncologie
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	Plan directeur d'immobilisation
CLSC-CHSLD des Trois Vallées	Agrandissement de la résidence Labelle
Hôpital Argenteuil	Aménagement de 10 lits de psychiatrie
CHSLD de la Rive et de Mirabel	Agrandissement St-Benoît
Hôpital Argenteuil	Agrandissement de l'urgence
Résidence Lachute	Rénovation fonctionnelle
CH Laurentien	Rénovation de la salle d'urgence
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	Rénovation de la salle d'urgence
CLSC Arthur Buies	Agrandissement du CLSC
CLSC-CHSLD Pays d'en Haut	Relocalisation du Manoir de la Pte-Bleue à Ste-Adèle

[1] Plan fonctionnel et technique. Dossier immobilisation.

B4.1 Configuration physique

A) S'assurer que la configuration physique de l'urgence permet à l'équipe d'accomplir sa mission.

Imputabilité : Le directeur général, le DSI, le DSP, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

RECOMMANDATION

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
PDI accepté au MSSS PFT urgence inclus Projet de rénovation et d'agrandissement en cours 2002	PFT accepté mai 2000 révision du PFT avec le MSSS en cours	PFT accepté mai 2000 révision du PFT avec le MSSS en cours	Projet de rénovation et d'agrandissement en attente de réponse	Un PTI pour les deux salles d'urgence sera présenté à la Régie. 2002. Deux urgences jugées non fonctionnelles.

B4.2 Aire de triage et d'accueil

A) Disposer, dans les lieux de l'urgence, d'un module d'accueil et d'enregistrement pour les patients qui s'y présentent.

Imputabilité : Le DSGS, le DSP, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

RECOMMANDATION

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
En place et ce module est bonifié dans les projets de rénovation des deux urgences PFT en cours.	

B) Disposer, pour le triage, de locaux bien équipés, sécuritaires, en nombre suffisant et situés près des axes principaux de l'urgence.

Imputabilité : Le DSGS, le DSP, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
PFT de l'urgence En cours	PFT de l'urgence En cours	PFT de l'urgence En cours	Projet	Inclus dans PDI En cours

B4.3 Aire de choc

A) Évaluer le nombre de civières requises dans la salle de choc, selon les critères d'utilisation, en tenant compte d'un temps de séjour maximum d'une à deux heures.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

RECOMMANDATION

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
PFT en cours	PFT en cours	PFT en cours	Évaluation terminée ; Accord Régie et MSSS	Évaluation automne 2001

B) Prévoir un espace fermé pouvant servir de lieu d'isolement pour un patient instable.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires et si cela est pertinent

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
PFT	PFT	PFT	PFT	En place

B4.4 Aire des civières

A) Disposer d'une aire de monitorage dont le ratio est fonction de la lourdeur de la clientèle.

Imputabilité : Le chef du service médical l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Les urgences primaires, secondaires et si pertinent toutes les catégories.

RECOMMANDATION

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Besoins exprimés dans PFT en cours	Besoins exprimés dans PFT en cours	Besoins exprimés dans PFT en cours	À réviser avec PFT	En place

B) Déterminer les besoins en isolement selon le type d'usagers.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Les urgences primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Besoins exprimés dans PFT en cours	Besoins exprimés dans PFT en cours	Besoins exprimés dans PFT en cours	À réviser avec PFT	En place

RECOMMANDATION

B4.5 Aire ambulatoire

A) Disposer d'une aire ambulatoire distincte de l'aire des civières.

Imputabilité : Le DSGS, le DSP, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Les urgences primaires, secondaires et tertiaires

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place voir PFT	PFT en cours	PFT en cours	projet de rénovation en cours	En cours dans PDI

RECOMMANDATION

B4.6 Aire clinico-administrative

A) Déterminer les besoins en bureaux et en locaux administratifs en tenant compte des particularités du milieu et de la catégorie d'urgence, dans un souci de polyvalence.

Imputabilité : Le DG, le DSGS, le DSP, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
PFT en cours	PFT en cours	PFT en cours	Inclus dans projet de rénovation	En place

B4.7 Autres aires

A) Se doter d'un espace pour les familles.

Imputabilité : Le DSGS, le DSP, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence: Les urgences primaires, secondaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	PFT en cours	PFT en cours	PFT en cours	En place

B) Se doter d'un garage pour les ambulances.

Imputabilité : Le DSGS, le DSP, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Les urgences primaires, secondaires ainsi que les urgences à vocation unique, si cela est pertinent

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	En place	Non conforme Inclus dans projet de PFT	En place

RECOMMANDATION

C) Se doter d'un espace pour pharmacie satellite.

Imputabilité : Le responsable de la pharmacie et le chef du service médical
Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
Jugé non pertinent	Refusé en juin 2001

D) Se doter d'une aire de décontamination.

Imputabilité : Le DSGS, le DSP, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence
Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Inclus dans PFT en cours	Inclus dans PFT en cours	Inclus dans PFT en cours	Projet de rénovation	En place

E) Se doter d'un poste d'appoint pour les radiographies simples.

Imputabilité : Le DSP, le chef du service médical et le chef radiologiste
Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
Jugé non pertinent	N/A

B4.8 Calcul du nombre de civières nécessaires

A) Calculer le nombre de civières nécessaires à l'urgence d'après les critères du guide de gestion.

Imputabilité : Le chef du service médical

Catégories d'urgence : Toutes

RECOMMANDATION

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
PFT en cours 8 civières au permis actuel	PFT en cours 21 civières au permis actuel	PFT en cours 13 civières au permis actuel	Réalisé. 8 civières au permis actuel.	Réalisé Mt-Laurier: 5 Annonciation: 2

Notes de l'auteur : Tous les CH ont fait le calcul du nombre de civières qui sont à mettre en place pour répondre à l'accroissement de la population des Laurentides et à la hausse des demandes de services aux urgences.

Les tableaux suivants représentent les besoins réels de chaque CH selon le volume d'activités en 2001 de leur salle d'urgence.

Recommandation B4. 8
Ratio civières 2001 / 2005
PROS des urgences

CH Laurentien : 13 civières au permis	
Moyenne de patients sur civières par période en 2000-2001:	628
Moyenne de patients hospitalisés en provenance de l'urgence :	255
Moyenne de patients observés sur civières et qui ont congé :	373

Total des civières requises pour les patients qui nécessitent une hospitalisation:	255 x 12 hres / 28 jrs / 24 heures	4,6 soit 5 civières par jour
Total des civières requises pour observer des patients qui auront congé par la suite:	373 x 8 hres / 28 jrs / 24 heures	4,5 soit 5 civières par jour

SOUS-TOTAL : 10 civières

Augmentation de la clientèle prévue d'ici cinq ans:	10 civières x 12,5 %	1,2 civière soit, 2 civières par jour

NOUVEAU SOUS-TOTAL: 12 civières.

Répartition inégale des volumes d'activités: ajout de 30 % pour (soir+nuit) + (avoir des civières tampons permanentes à l'urgence)	12 civières x 30 %	3,6 soit, 4 civières par jour

Nombre total des civières requises à l'urgence du CH Laurentien :	**12 + 4**	**16 CIVIÈRES**

Sources : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. mai 2001
Régie régionale de la santé des Laurentides

Recommandation B4. 8
Ratio civières 2001 / 2005
PROS des urgences

CH St-Eustache : 8 civières au permis

Moyenne de patients sur civières par période en 2000-2001:	1 177
Moyenne de patients hospitalisés en provenance de l'urgence :	663
Moyenne de patients observés sur civières et qui ont congé :	514

Total des civières requises pour les patients qui nécessitent une hospitalisation:	663 x 12 hres / 28 jrs / 24 heures	11,8 soit 12 civières par jour
Total des civières requises pour observer des patients qui auront congé par la suite:	514 x 8 hres / 28 jrs / 24 heures	6,2 soit 7 civières par jour

SOUS-TOTAL : 19 civières

Augmentation de la clientèle prévue d'ici cinq ans:	19 civières x 12,5 %	2,4 soit 3 civières par jour

NOUVEAU SOUS-TOTAL: 22 civières.

Répartition inégale des volumes d'activités: ajout de 30 % pour (soir+nuit) + (avoir des civières tampons permanentes à l'urgence)	22 civières x 30 %	6,6 soit 7 civières par jour

Nombre total de civières requises à l'urgence du CH St-Eustache :	**22 + 7**	**29 CIVIÈRES**

Sources : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. mai 2001
Régie régionale de la santé des Laurentides

Recommandation B4. 8
Ratio civières 2001 / 2005
PROS des urgences

CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme : 21 civières au permis

Moyenne de patients sur civières par période en 2000-2001:	1 472
Moyenne de patients hospitalisés en provenance de l'urgence :	898
Moyenne de patients observés sur civières et qui ont congé :	574

Total des civières requises pour les patients qui nécessitent une hospitalisation:	898 x 12 hres / 28 jrs / 24 heures	16 civières par jour
Total des civières requises pour observer des patients qui auront congé par la suite:	574 x 8 hres / 28 jrs / 24 heures	6,8 soit 7 civières par jour

SOUS-TOTAL : 23 civières

Augmentation de la clientèle prévue d'ici cinq ans:	23 civières x 12,5 %	2,9 soit 3 civières par jour

NOUVEAU SOUS-TOTAL: 26 civières.

Répartition inégale des volumes d'activités: ajout de 30 % pour (soir+nuit) + (avoir des civières tampons permanentes à l'urgence)	26 civières x 30 %	7,8 soit 8 civières par jour

Nombre total de civières requises à l'urgence du CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme:	**26 + 8**	**34 CIVIÈRES**

Sources : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. mai 2001
Régie régionale de la santé des Laurentides

Recommandation B4. 8
Ratio civières 2001 / 2005
PROS des urgences

CH Argenteuil : 8 civières au permis

Moyenne de patients sur civières par période en 2000-2001 :	321
Moyenne de patients hospitalisés en provenance de l'urgence :	116
Moyenne de patients observés sur civières et qui ont congé :	205

Total des civières requises pour les patients qui nécessitent une hospitalisation:	116 x 12 hres / 28 jrs / 24 heures	2 civières par jour
Total des civières requises pour observer des patients qui auront congé par la suite:	205 x 8 hres / 28 jrs / 24 heures	2,5 soit 3 civières par jour

SOUS-TOTAL : 5 civières

Augmentation de la clientèle prévue d'ici cinq ans:	5 civières x 12,5 %	0,7 soit 1 civière par jour

NOUVEAU SOUS-TOTAL: 6 civières.

Répartition inégale des volumes d'activités: ajout de 30 % pour (soir+nuit) + (avoir des civières tampons permanentes à l'urgence)	6 civières x 30 %	1,8 soit 2 civières par jour

Nombre total de civières requises à l'urgence du CH Argenteuil :	**6 + 2**	**8 CIVIÈRES**

Sources : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. mai 2001
Régie régionale de la santé des Laurentides

Recommandation B4. 8
Ratio civières 2001 / 2005
PROS des urgences

CH CR Antoine Labelle, site de Mont-Laurier : 5 civières au permis

Moyenne de patients sur civières par période en 2000-2001 :	357
Moyenne de patients hospitalisés en provenance de l'urgence :	108
Moyenne de patients observés sur civières et qui ont congé :	249

Total des civières requises pour les patients qui nécessitent une hospitalisation:	108 x 12 hres / 28 jrs / 24 heures	1,9 soit, 2 civières par jour
Total des civières requises pour observer des patients qui auront congé par la suite:	249 x 8 hres / 28 jrs / 24 heures	2,9 soit 3 civières par jour

SOUS-TOTAL : 5 civières

Augmentation de la clientèle prévue d'ici cinq ans:	5 civières x 12,5 %	0,7 soit 1 civière par jour

NOUVEAU SOUS-TOTAL: 6 civières.

Répartition inégale des volumes d'activités: ajout de 30 % pour (soir+nuit) + (avoir des civières tampons permanentes à l'urgence)	6 civières x 30 %	1,8 soit 2 civières par jour

Nombre total de civières requises à l'urgence du CH Mont-Laurier :	**6 + 2**	**8 CIVIÈRES**

Sources : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. mai 2001
Régie régionale de la santé des Laurentides

Recommandation B4. 8
Ratio civières 2001 / 2005
PROS des urgences

CH CR Antoine Labelle, site de l'Annonciation : 2 civières au permis

Moyenne de patients sur civières par période en 2000-2001 :	192
Moyenne de patients hospitalisés en provenance de l'urgence :	47
Moyenne de patients observés sur civières et qui ont congé :	145

Total des civières requises pour les patients qui nécessitent une hospitalisation:	47 x 12 hres / 28 jrs / 24 heures	0,9 soit, 1 civière par jour
Total des civières requises pour observer des patients qui auront congé par la suite:	145 x 8 hres / 28 jrs / 24 heures	1,8 soit 2 civières par jour

SOUS-TOTAL : 3 civières

Augmentation de la clientèle prévue d'ici cinq ans:	3 civières x 12,5 %	0,4 soit 1 civière par jour

NOUVEAU SOUS-TOTAL: 4 civières.

Répartition inégale des volumes d'activités: ajout de 30 % pour (soir+nuit) + (avoir des civières tampons permanentes à l'urgence)	4 civières x 30 %	1,2 soit 2 civières par jour

Nombre total de civières requises à l'urgence du CH Annonciation :	**4 + 2**	**6 CIVIÈRES**

Sources : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. mai 2001
Régie régionale de la santé des Laurentides

RECOMMANDATION

B5 Cogestion administrative de l'unité d'urgence

A) Adopter un modèle de gestion participative par la cogestion médico-infirmière. Élaborer le partage des responsabilités de chacun des chefs.

Imputabilité : Le DSP et le DSGS

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété En place	Créer équipe de cogestion d'ici mars 2002	Complété En place	En place,	En place

B) Respecter le mandat de l'équipe de gestion.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété En place	Mars 2002	Complété En place	En place	En place

C) S'assurer que l'infirmière-chef est responsable exclusivement de l'urgence.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
N/A Inclus le Court séjour médical de 15 lits	Inclus le Court séjour médical de 18 lits Dans le suivi PFT 2003, ce ne sera plus le cas.	N/A Inclus les cliniques externes, et l'unité de transition.	N/A Inclus tous les services ambulatoires.	N/A

B6 Organisation clinico-administrative de l'unité d'urgence

A) S'assurer que l'organisation clinico-administrative repose sur une approche interdisciplinaire et proactive.

Imputabilité : Le DSP, le CMDP, le CII, la DSI et/ou le DSGS

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété en place	Créer les comités relatifs à assurer le bon fonctionnement de l'urgence d'ici mars 2002 :	Complété en place	Complété en place	Complété en place

RECOMMANDATION

B) Établir les priorités quant aux dossiers clinico-administratifs et nommer des membres responsables de ces dossiers.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Processus annuel continu	Mars 2002	Processus annuel continu	En place	Hiver 2002

C) Favoriser les plans de pratique (temps protégé) pour permettre le bon fonctionnement des activités clinico-administratives.

Imputabilité : Le chef du service médical

Catégories d'urgence : Les urgences secondaires

CHSE	HDSJ
À évaluer / automne 2001	À évaluer d'ici déc. 2002

RECOMMANDATION

C1 Action-support à l'unité d'urgence

Mettre sur pied une équipe action-support à l'unité d'urgence.[1]

Imputabilité : Le DSP

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	Avril 2002	En place	En place	Hiver 2002

Reconnaître l'équipe action-support à l'unité d'urgence comme groupe de gestion de crise, le cas échéant.

Imputabilité : Le DSP

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	Avril 2003	En place	En place	Hiver 2002

Établir un plan de travail annuel pour l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le DSP

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	Avril 2003	En place	Hiver 2003	Hiver 2002

Mettre en place des modalités visant à assurer les liens de l'équipe action-support avec les instances du centre hospitalier et du réseau local.

Imputabilité : Le DSP

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété En place	Avril 2003	En place	En place	Hiver 2002

[1] suivi C1 : Équipe-Action-Support à l'urgence est concrétisée dans les plans de contingence des urgences.

C2 Gestion quotidienne des admissions et des départs

A) Mettre en place une politique de gestion quotidienne des départs et admissions.

Imputabilité : Le DSP et/ou le DSGS

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation

RECOMMANDATION

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété En place	Créer outils de suivi de clientèles d'ici janv 2002 Surveillance de la politique de transfert inter-CH / DSP-CMDP.	Complété En place	En place Mise à jour au printemps 2002	À développer Hiver 2002

C3 **Revue de la gestion de l'utilisation des lits du centre hospitalier**

RECOMMANDATION

A) **Mettre en place une équipe de revue de la gestion de l'utilisation des lits du centre hospitalier selon une approche homogène de l'épisode de soins.**

Imputabilité : Le DSP et le CMDP

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
À développer en 2002	À développer en 2002	En place	À développer en 2002	À développer en 2002

B) **Adopter des règles communes de fonctionnement, de l'arrivée au départ du patient, et des règles d'analyse de la gestion des lits.**

Imputabilité : Le DSP et le CMDP

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
À développer en 2002	En place Processus continu	En place	À développer en 2002	À développer en 2002

C4 Liaison et programmes clientèles

A) Définir les mécanismes d'intervention de la liaison à l'unité d'urgence une fois la clientèle ciblée.

Imputabilité : Le DSI, le DSP et le DSGS

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Réalisé	En place	En place	Automne 2001	Mars 2002

B) Mettre au point, si nécessaire, des outils de dépistage qui permettent à l'unité d'urgence de mettre à contribution l'équipe de liaison.

Imputabilité : Le chef du service médical, l'infirmière-chef de l'unité d'urgence et le responsable des équipes de liaison

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Débuté avec TCC	À faire Processus continu	En place	Automne 2001	Mars 2002

RECOMMANDATION

C) Prévoir, dans les modèles de coordination des services pour les pathologies complexes, des modalités d'intégration et d'interaction efficaces avec l'unité d'urgence.

Imputabilité : Le DSGS, la DSI et l'infirmière de liaison

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
débuté	En place	À développer avec MPOC	Hiver 2003	Mars 2002

D) Mettre à contribution le coordonnateur du suivi systématique pour l'implantation des outils requis et pour la formation portant sur ces modèles coordonnés de trajectoire clinique.

Imputabilité : Le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'unité d'urgence

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	Mars 2002	Équipe de suivi en place	Hiver 2003	Hiver 2003

E) Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires.

Imputabilité : Le DSP et la DSI

Catégories d'urgence : Toutes

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	Mars 2002	En cours	Hiver 2003	En cours

RECOMMANDATION

C5 **Plan de décongestion et gestion de crise**

A) **Établir un plan de décongestion pour chaque centre hospitalier.**

Imputabilité : L'équipe action-support à l'unité d'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

B) **Adopter un plan de gestion de crise et des critères de mise en œuvre de ce plan.**

Imputabilité : L'équipe action-support à l'unité d'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	En place	En place	En place

RECOMMANDATION

C6 **Coordonnateur médical aux admissions**

A) **Nommer un coordonnateur médical aux admissions.**

Imputabilité : Le DSP

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place	En place	Assumé par coord médical de l'urgence Conditions à réviser	En place	N/A

B) **S'assurer que les fonctions du coordonnateur médical aux admissions sont bien définies et bien remplies.**

Imputabilité : Le DSP

Catégories d'urgence: Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	Redéfinir son rôle d'ici déc 2001	Faire le point d'ici hiver 2002	Réviser sa description de tâches d'ici hiver 2002	N/A

SUIVI : C5 Plan de décongestion et gestion de crise

Plan de contingence régional pour répartir la pression subie aux urgences vers des ressources alternatives aux corridors des urgences.

PLAN DE CONTINGENCE
PÉRIODE HIVER
PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS.

MESURES INSTALLÉES À L'INTERNE DES CH

EN AMONT ET EN AVAL DES URGENCES ET

DES UNITÉS DE SOINS EN CENTRE HOSPITALIER

- *SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE / VACCINATION*
- *SECTEUR DES CLSC*
- *SECTEUR DE L'INFO-SANTÉ*
- *SECTEUR DES CLINIQUES MÉDICALES PRIVÉES DU TERRITOIRE*
- *SECTEUR DES CHSLD*
- *SECTEUR DU TRANSPORT PRÉHOSPITALIER*
- *SECTEUR DES CENTRES HOSPITALIERS ET DE LEUR SALLE D'URGENCE RESPECTIVE*

SUIVI : C5 **Plan de décongestion et gestion de crise**

SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE / VACCINATION

OBJECTIF PRINCIPAL VISÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ : * ***ÉVITER L'URGENCE ET L'HOSPITALISATION DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES.***	**INFLUENZA** 1er objectif : Que d'ici l'an 2003, 80% des résidents de tous âges vivant en milieu fermé reçoivent gratuitement chaque année le vaccin contre l'influenza. 2e objectif : rejoindre plus de 60% de la population âgée 60 ans et plus souffrant de maladies respiratoires sévères et chroniques et vivant en milieu ouvert. **INFECTIONS À PNEUMOCOQUE** Objectif : Réduire l'incidence des infections à pneumocoque. N.B. *Dans la Politique nationale Santé Bien -Être, une des priorités d'ici 2002 : Réduire de 10 % la mortalité par maladies du système respiratoire.*
OBJECTIFS DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE	**Développer les deux Programmes de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque**. Rejoindre 50 % du personnel soignant des établissements de santé du réseau. Rejoindre 80 % des personnes vivant en établissement, milieu fermé / vaccin gratuit. Rejoindre 60 % des personnes de 60 à 64 ans et 65 ans et + vivant dans la communauté et souffrant de maladies pulmonaires chroniques / vaccin gratuit. Rejoindre les personnes âgées de 60 à 64 ans vivant sous le même toit qu'un malade atteint de la MPOC / vaccin gratuit.
MESURES MISES EN PLACE POUR RÉALISER LES OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DES LAURENTIDES	**PLAN D'INFORMATION :** Acheminer une lettre adressée aux médecins et à tous les établissements de la région sous la signature de la Direction de la santé publique, annonçant les objectifs des mesures liées au Programme régional de la vaccination pour l'hiver. Annoncer la procédure de distribution des vaccins dans le réseau de santé des Laurentides ; tant aux CH, aux CLSC qu'aux cabinets privés. Publiciser la vaccination dans les établissements tant pour les malades que pour le personnel soignant. Publiciser la vaccination auprès de toute la population. Informer Info-santé des sites de vaccination sur le territoire des Laurentides. **PLAN D'EXÉCUTION :** Étaler les sites de vaccination en augmentant les lieux de services. Augmenter les ressources humaines (infirmières en vaccination) et augmenter les heures d'accès.

SUIVI : C5 Plan de décongestion et gestion de crise

SECTEUR DES CLSC

OBJECTIFS : **AUGMENTER L'ACCESSIBILITÉ** **RÉDUIRE LES DÉLAIS**	**OFFRIR LES SERVICES EN AMONT ET EN AVAL DES URGENCES ET DES UNITÉS DE SOINS EN DU CH** Éviter l'urgence et l'hospitalisation des clientèles vulnérables Éviter la perte d'autonomie des clientèles connues du soutien à domicile
	Que le CLSC ***soit*** le principal partenaire du CH de son territoire dans l'expectative de co-gérer la crise anticipée du pic d'achalandage de l'hiver.
MESURES MISES EN PLACE.	Augmenter les hres / soins infirmiers aux cliniques ambulatoires de soins courants des CLSC. Rehausser la capacité d'accueil du CLSC 7/7. (étalement des heures d'ouverture ad 22 : 30 au besoin) Rehausser la capacité de prise en charge des clientèles déjà connues au maintien à domicile en évitant le placement/ CHSLD ; Éviter le placement des nouvelles clientèles en provenance des CH.
	Réduire les délais d'attente au soutien à domicile. Augmenter les ressources professionnelles.
	Rehausser le soutien intensif à domicile des clientèles lourdement atteintes de maladies chroniques comme la MPOC même en période d'exacerbation de la maladie. Ajuster les ressources humaines et matérielles ainsi que le parc d'équipements et les fournitures médicales pour assurer la pérennité des objectifs en inhalothérapie.
	Assurer un système de garde en inhalothérapie

SUIVI : C5 Plan de décongestion et gestion de crise

À TITRE D'INFORMATION / BILAN DE LA MESURE / HIVER 2001 / MPOC

OBJECTIFS : **Offrir des services en amont et en aval du CH : éviter l'urgence. Rehausser le soutien intensif à domicile pour rejoindre les clientèles lourdement atteintes de maladies chroniques comme la MPOC.**

Clientèle MPOC / suivie à domicile / par territoire de CLSC / hiver 2001.

CLSC Jean-Olivier-Chénier

Case load de patients MPOC suivis par le CLSC	125
Oxygénodépendants	43
Liste d'attente	16 nouvelles références à la période 10 (début de l'hiver)
Garde 24 / 7	Partagée avec le CLSC Thérèse de Blainville
Nb d'hospitalisations évitées durant l'hiver 2001 :	58

CLSC Thérèse-de-Blainville

Case load de patients MPOC suivis par le CLSC	192
Oxygénodépendants	64
Liste d'attente	18 nouvelles références à la période 10 (début de l'hiver).
Garde 24 / 7	Coût partagé avec le CLSC JOC
Nb d'hospitalisations évitées durant l'hiver 2001 :	52

CLSC Arthur-Buies

Case load de patients MPOC suivis par le CLSC	124
Oxygénodépendants	59
Liste d'attente	Information non disponible sur les références à la période 10,
Garde 24 / 7	Oui
Nb d'hospitalisations évitées durant l'hiver 2001 :	51

CLSC Pays-d'en-Haut

Case load de patients MPOC suivis par le CLSC	86
Oxygénodépendants	28
Liste d'attente	Information non disponible sur les références à la période 10
Garde 24 / 7	Non
Nb d'hospitalisations évitées durant l'hiver 2001 :	47

CLSC des Trois Vallées

Case load de patients MPOC suivis par le CLSC	80
Oxygénodépendants	31
Liste d'attente	24 nouvelles références à la période 10
Garde 24 / 7	Non
Nb d'hospitalisations évitées durant l'hiver 2001 :	28

SUIVI : C5 Plan de décongestion et gestion de crise

À TITRE D'INFORMATION / BILAN DE LA MESURE / HIVER 2001 / MPOC

OBJECTIFS : **Offrir des services en amont et en aval du CH : éviter l'urgence.**
Rehausser le soutien intensif à domicile pour rejoindre les clientèles lourdement atteintes de maladies chroniques comme la MPOC.

CLSC d'Argenteuil

Case load de patients MPOC suivis par le CLSC	95
Oxygénodépendants	25
Liste d'attente	9 nouvelles références à la période 10
Garde 24 / 7	Non
Nb d'hospitalisations évitées durant l'hiver 2001 :	Aucune statistique

CLSC des Hautes-Laurentides

Case load de patients MPOC suivis par le CLSC	60
Oxygénodépendants	25
Liste d'attente	9 nouvelles références à la période 10
Garde 24 / 7	Non
Nb d'hospitalisations évitées durant l'hiver 2001 :	13

CASE LOAD : TOTAL DES PATIENTS MPOC SUIVIS À DOMICILE : 762 PATIENTS MPOC (janv. 2001)

NOMBRE D'OXYGÉNODÉPENDANTS : 275 PATIENTS (36 % de la clientèle totale des MPOC) (janv. 2001)

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ÉVITÉES (HIVER 2001) : 249 cas.

SUIVI : C5 **Plan de décongestion et gestion de crise**

SECTEUR DE L'INFO- SANTÉ / CLSC

OBJECTIF : En situation de crise, rehausser l'accès aux services locaux de l'Info-santé afin de respecter le délai raisonnable du temps réponse fixé dans le protocole provincial des services d'Info-santé.	Assurer l'accessibilité à Info-santé jusqu'à 20 :30.
	Maintenir l'accès au service régional en soirée et de nuit
MESURES MISES EN PLACE.	Planifier l'organisation du travail Adapter les ressources infirmières à l'accueil du CLSC et à l'Info-santé de 8 :30 à 20 :30. La Régie régionale et le CLSC Thérèse de Blainville ont planifié l'ajout d'infirmières à la centrale régionale car les lignes téléphoniques basculent au CLSC Thérèse de Blainville pour répondre au 24/7 de 20 :30 à 8 :30
	Planifier et coordonner les informations quotidiennes transmises à la population. Favoriser l'orientation de la population vers les cabinets privés lorsque l'état d'engorgement des urgences l'exige.
	Mise en place d'une mécanique de transmission simultanée des informations entre la Régie régionale, les salles d'urgence et les cliniques médicales.

SUIVI : C5 **Plan de décongestion et gestion de crise**

SECTEUR DES CLINIQUES PRIVÉES

OBJECTIF : Répartir avec sécurité et dignité l'achalandage des clientèles ambulatoires des salles d'urgence.	Offrir à la population de la clinique désignée des services de qualité. Faire en sorte qu'ils soient compatibles avec ceux offerts en CH.
MESURES MISES EN PLACE.	Procéder à la désignation d'une clinique médicale par territoire de CH.
	Offrir à la population une disponibilité médicale accrue dans la clinique désignée d'un territoire de CH. Rehausser les plages horaires des heures défavorables : en soirée et les fins de semaine.
	Mise en place d'une mécanique de liaison : Régie - CH – les salles d'urgence- les services d'Info-santé – les cliniques médicales et les cabinets privés.
	Faciliter les ententes entre les cliniques médicales, les cabinets privés et les CH afin de favoriser l'accès rapide aux services diagnostiques et au plateau technique du CH Rehausser la capacité des centres de prélèvements des CLSC et des CH.

SUIVI : C5 **Plan de décongestion et gestion de crise**

SECTEUR DES CHSLD

OBJECTIFS	MESURES MISES EN PLACE
Gestion optimale des services aux personnes en attente d'hébergement dans un lit de courte durée en CH.	Rehausser la capacité d'accueil dans les CHSLD de la région (fin de sem.) Procéder à l'achat de places supplémentaires aux lits actuels de longue durée en CHSLD. Prévoir répondre aux demandes en lits de CHSLD, de RFI et/ou de convalescence : Évaluer le coût d'achat de 40 places
Gestion optimale des services aux personnes en attente d'hébergement dans un lit de courte durée en CH.	Achat de places en Ressources intermédiaires : Ajout d'heures infirmières en CHSLD pour assurer l'encadrement clinique et professionnel pour les RI Évaluer le coût financier de cette mesure .
Diminuer les délais d'évaluation et de transfert entre le CH et le CHSLD	Assouplir les heures d'accueil en CHSLD Mettre en place des mécanismes d'orientation et d'accueil clairement identifiés et entérinés tant par les CH que par les CLSC et CHSLD avant l'hiver. Accélérer le processus d'évaluation Prévoir un ajout de ressources humaines en CHSLD 7 / 7 et à raison de 3hres par jour . Évaluer le coût financier de cette mesure.

SUIVI : C5 **Plan de décongestion et gestion de crise**

SECTEUR DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS

OBJECTIFS	MESURES MISES EN PLACE
Planifier et répartir de la façon la plus appropriée les ressources du secteur préhospitalier.	Un nouvel organigramme relié à améliorer la répartition des transports est en place depuis l'hiver 2000.
La Régie régionale doit s'assurer du maintien d'un service de qualité.	Dans le cadre d'une hausse importante des demandes de transports, prévoir ajuster les ressources humaines et les véhicules nécessaires afin de répondre avec diligence aux besoins de transports ambulanciers Mise en place d'un outil de suivi d'achalandage des mouvements de clientèles. Ajuster les effectifs afin de répondre aux demandes de transports vers les CH et des CH vers d'autres ressources : transferts inter-établissements. Spécifiquement, s'assurer de répondre à l'achalandage excessif du Complexe du Mont Tremblant.
La Régie régionale peut décider de modifier la capacité d'accueil d'un CH qui est en situation de crise extrême.	Trois scénarios possibles furent retenus afin de détourner les ambulances entre certains CH. Une Politique régionale de détournement d'ambulances est mise en place dans la région depuis l'hiver 2000, lorsque la situation des CH l'exige.

SUIVI : C5 **Plan de décongestion et gestion de crise**

SECTEUR DES CENTRES HOSPITALIERS

OBJECTIFS	MESURES MISES EN PLACE
En situation de crise et d'achalandage excessif des clientèles : s'assurer du maintien de l'intégrité de la mission de l'urgence. Favoriser l'orientation des clientèles vers les ressources disponibles et plus appropriées que la salle d'urgence :	Améliorer l'accès aux services diagnostiques (jour+soir et les fins de semaine) pour les clientèles ambulatoires qui se présentent à l'urgence et pour les patients référés des cabinets privés et des CLSC. Augmenter l'accessibilité des services diagnostiques : RX, labo, endoscopie, médecine nucléaire, consultations externes et médecine spécialisée. Triage à deux infirmières Augmenter l'accessibilité des lits en CH et des civières aux urgences. La capacité des CH depuis 2000 est de plus de 143 lits tampons, pour toute la région. Rehausser les équipes de soins infirmiers, médecins, inhalothérapeutes et autres professionnels concernés dans cet ajout de places tampons. Procéder avant la crise à l'achat des équipements essentiels pour assurer l'ouverture des places tampons par ex : civières, moniteurs cardiaques, respirateurs, fournitures médicales et différents équipements de soins médicaux spécifiques afin d'avoir la possibilité dans chaque centre hospitalier d'ouvrir **rapidement** des lits de soins intensifs et de soins coronariens supplémentaires aux services actuels. Mécanismes de gestion à mettre en place concernant les clientèles sur civières qui attendent d'être hospitalisées. Éviter les patients / corridors.
Appliquer la mesure extrême d'annuler la chirurgie qu'en cas de force majeure.	Reporter les cas de chirurgie élective. Modifier l'accessibilité en chirurgie d'un jour tout en assurant sa permanence.

RECOMMANDATION

D1 Groupe réseau

A) Faire rapport au conseil d'administration de l'engagement de l'établissement en faveur de la mise en place d'un réseau de services intégrés entre l'unité d'urgence et les autres partenaires du territoire.

Imputabilité : Le DSP, le DSI, le RSI, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	Selon le développement du réseau régional Déc. 2002	Selon le développement du réseau régional Faire le point sur cette recommandation	Volonté présente Mise en place dans la réorganisation du regroupement CH-CLSC-CHSLD	Automne 2002

B) Mettre sur pied un groupe réseau territorial devant se pencher sur toutes les questions liées à l'unité d'urgence.

Imputabilité : L'équipe action-support

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
2002	Développer un réseau local sur le modèle du réseau régional Déc. 2002	L'équipe action-support fera le point sur cette recommandation	Non pertinent	Automne 2002

D2 Partenaires du groupe réseau

A) Établir, avec tous les partenaires du groupe réseau, les modalités de coopération et de fonctionnement au regard des modèles et actions proposés.

Imputabilité : Le DSP, le DSI, le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
complété	Ajuster au développement du réseau. Consolider les modèles et les actions d'ici déc 2002.	En place ; suivi fait par le Comité médico-nursing ; Liaison CH-CLSC en place.	Jugé non pertinent	À développer automne 2002

RECOMMANDATION

B) S'assurer que la conception et la mise à jour des protocoles d'Info-Santé CLSC soient faites en étroite collaboration avec les experts en médecine d'urgence.

Imputabilité : Le comité directeur d'Info-Santé CLSC, le CMQ et l'OIIQ

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Suivi sera assuré par le réseau régional				

C) Consolider la mise en place de mécanismes facilitant l'accès aux médecins de famille.

Imputabilité : Le MSSS et la FMOQ

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
En place à l'interne de tous les CH ; À bonifier lors de la mise en place d'un réseau régional				

D) S'assurer de la mise en place des plans d'action régionaux d'organisation des services d'urgence.

Imputabilité : Le Centre de coordination nationale des urgences du MSSS

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Comité régional à mettre en place pour assurer le suivi du PROS. Hiver 2002.				

RECOMMANDATION

D3 Ententes

A) Conclure des ententes qui structurent les activités de coopération entre les établissements.

Imputabilité : Les DG des différents établissements

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Ententes liées au virage ambulatoire, CH-CLSC ; Ententes avec Sacré-Cœur de Montréal en traumatologie tertiaire ; Réseau mère-enfant avec Ste-Justine ; Différentes ententes avec CHA. Ententes clientèles-réseau MPOC et IC : CH-CLSC-Sacré-Cœur de Montréal.	Ententes liées au virage ambulatoire, CH-CLSC ; Ententes avec Sacré-Cœur de Montréal en traumatologie tertiaire et consolider les ententes en traumatologie secondaire avec les CH partenaires ; Réseau mère-enfant avec Ste-Justine ; Ententes onco-pédiatrie avec Ste-Justine.	Ententes liées au virage ambulatoire, CH-CLSC ; Ententes avec Sacré-Cœur de Montréal en traumatologie tertiaire et HDSJ en traumatologie secondaire ; Ententes selon les modèles de suivi systématique des clientèles par ex : MPOC Périnatalité Soins palliatifs Antibiothérapie Chirurgie etc.	Ententes liées au virage ambulatoire, CH-CLSC ; Différentes ententes de prise en charge des clientèles selon le suivi des médecins spécialistes avec les autres CH de la région : HDSJ et CHSE. Revoir les ententes selon le récent regroupement CH-CLSC-CHSLD.	Ententes avec Sacré-Cœur de Montréal en traumatologie tertiaire et, différentes ententes de prise en charge des clientèles selon le suivi des médecins spécialistes itinérants attachés au CH CR AL. Consolider et développer d'ici Automne 2002

E Système d'information

A) Se doter d'un système d'information des données répondant aux critères mentionnés plus haut.

Imputabilité : Le chef du service médical, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le directeur du département d'informatique

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété SIURGE en place	Système informatique en place à l'urgence : Acquérir un nouveau logiciel *d'entrepôt des données* d'ici avril 2002.	Implanter le système MAGIC 2002.	Se doter d'un système informatisé d'ici Hiver 2003	Se doter d'un système informatisé d'ici automne 2002

RECOMMANDATION

B) S'assurer de la fiabilité de la collecte des données.

Imputabilité : Le chef du service médical, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le directeur du département d'informatique

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Complété. Mécanisme de suivi en place	Complété. Mécanisme de suivi en place	Mécanisme en place, à bonifier lors de l'informatisation de l'urgence. 2002	Mécanisme en place, à bonifier lors de l'informatisation de l'urgence Hiver 2003	Mécanisme en place, à bonifier lors de l'informatisation de l'urgence Automne 2002

C) Établir un tableau de bord des indicateurs de fonctionnement et de performance.

Imputabilité : Le chef du service médical, l'infirmière-chef de l'urgence, le DSP et le directeur du département d'informatique

Catégories d'urgence : Toutes, sauf les centres de stabilisation

CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL
Les membres du Comité régional de suivi du PROS des urgences devront élaborer un tableau de bord réunissant les éléments pertinents au suivi de performance des CH de la région. Hiver 2002.				

LE VOLET SPÉCIFIQUE À LA SANTÉ MENTALE

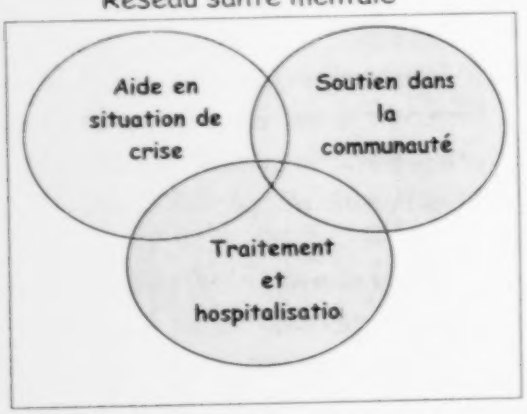
L'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE

D'entrée de jeu, nous tenons à souligner que nous sommes conscients qu'une section sera développée ultérieurement, dans le cadre du « Guide de gestion de l'unité d'urgence » pour aborder son rôle dans la distribution des soins et services aux clientèles particulières, dont les clientèles dites santé mentale.[1] Malgré cela, nous avons ajouté une section au PROS sur les urgences, pour le secteur de la santé mentale. Nous avons émis des pistes d'action en lien avec les orientations ministérielles en santé mentale et le plan de travail en santé mentale pour la région des Laurentides, à partir de recommandations tirées du « Guide de gestion de l'unité d'urgence ».

Les individus atteints de troubles mentaux nécessitent une gamme étendue de services incluant le traitement, le soutien en cas de crise, les services de soutien dans la communauté incluant l'accès aux ressources matérielles de base (logement, nourriture, vêtements) et l'accompagnement pour développer les aptitudes et l'autonomie nécessaires pour vivre dans la société et s'y intégrer. L'organisation des services en santé mentale pour les adultes s'actualise en fonction de ces services, selon trois volets complémentaires et inter-reliés.

- les services d'aide en situation de crise (incluant des actions face au suicide)
- les services de soutien dans la communauté
- les services de traitement dans la communauté et d'hospitalisation

Réseau santé mentale



L'organisation de services de santé mentale tient également compte des besoins spécifiques des enfants et des jeunes aux prises avec des troubles mentaux en lien avec les services déjà disponibles aux familles et aux enfants.

[1] Voir B2.15, Clientèles particulières dans le Guide de gestion de l'unité d'urgence. p. 28.

Le concept d'organisation de services en réseau suppose un maillage important entre plusieurs intervenants, organismes ou établissements susceptibles de participer aux services. La contribution de chacun s'articule à travers des mécanismes de coordination, des ententes visant la mise en place de continuums de services qui garantissent la continuité et l'accessibilité sur une base territoriale. Le développement et le partage de visions communes pour les clientèles vulnérables ayant des troubles mentaux, l'engagement et la détermination des partenaires à agir en réseau sont les clés garantissant le succès d'une telle organisation de services.

Pour soutenir les arrimages nécessaires entre les différents partenaires des réseaux, nous avons développé une fonction nommée ***Coordonnateur Accès-PSI***. Dans chacun des territoires, sous la responsabilité des CLSC, ces derniers facilitent les liaisons pour assurer à la clientèle santé mentale, un meilleur accès aux services.

Aussi, nous sommes à implanter des *comités de suivi opérationnels* sur une base locale, formés par les représentants d'établissements ou organismes communautaires, impliqués dans l'un ou l'autre des réseaux de services en santé mentale (crise-suicide, soutien dans la communauté ou traitement-hospitalisation). Ces comités seront imputables de la mise en oeuvre, de la coordination et de l'efficacité des services dans chacun des territoires de CLSC. Les représentants se rencontreront sur une base régulière en vue d'assurer l'implantation et la coordination des services en réseau. Ils assureront un suivi au fonctionnement quotidien des services et effectueront des ajustements, si requis. Ils seront ainsi en mesure de faire le point, de gérer les différends rapidement, de maintenir la qualité des rapports, d'assurer la liaison entre les services, etc. Ces comités seront animés par les Coordonnateurs Accès-PSI.

Ces réseaux de services en santé mentale ne peuvent voir leur déploiement sans une implication active et concertée de tous les partenaires incluant les représentants des urgences hospitalières.

Avant d'aborder concrètement les pistes d'action recommandées aux urgences hospitalières pour les clientèles dites « santé mentale » et pour favoriser cette implication active de toutes les personnes concernées, nous vous présentons succinctement un état de situation de l'organisation de ces services en santé mentale pour les adultes, selon les trois volets identifiés ainsi que les services pour les enfants et les jeunes. Nous y ferons ressortir les éléments principaux qui sous-tendent les pistes d'action suggérées.

La disponibilité des services dans la communauté est au cœur des difficultés rattachées à l'achalandage dans les urgences. Cependant, le PROS sur les urgences ne servira pas à identifier ces lacunes en vue d'ajuster les ressources et consolider l'organisation des services en santé mentale. Nous sommes d'avis que malgré une insuffisance de ressource dans la communauté pour la clientèle santé mentale, l'amélioration des arrimages et des mécanismes de liaison seront un gage de succès pour des services plus accessibles, continus et coordonnés pour les personnes vulnérables ayant des troubles mentaux. C'est dans cet esprit que nous abordons cette section du PROS sur les urgences.

Les pistes d'action sont proposées avec une certaine réserve, sachant que des discussions et des validations sont à faire avec les centres hospitaliers et les autres établissements ou organismes communautaires concernés.

LES SERVICES D'AIDE EN SITUATION DE CRISE (incluant le suicide)

La détérioration de la santé mentale entraîne parfois des moments de détresse au cours desquels une personne se trouve en situation de crise et peut parfois se mettre en danger ou mettre autrui en danger. Ces situations de crise sont très souffrantes pour un individu, difficiles pour les proches et inquiétantes pour la société. Les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants vivent des situations de crise plus fréquemment et en plus grand nombre que la population en général en raison de leur grande vulnérabilité au stress et des conditions sociales souvent associées à la maladie.

Les personnes en situation de crise nécessitent des interventions particulières qui ont pour but de diminuer la tension, de prévenir les risques de tout ordre et d'orienter les personnes vers des services adaptés à plus long terme. Elle vise notamment à éviter les actes suicidaires. Les personnes les plus vulnérables et celles confrontées à de multiples problèmes voient souvent malheureusement le suicide comme une solution pour mettre fin à leurs souffrances. Aussi, dans le cadre de nos travaux, nous avons intégré les actions face au suicide aux services d'aide en situation de crise.

Un grand nombre de personnes se présentent à l'urgence hospitalière lorsqu'elles sont en crise, souvent par habitude. Le phénomène de « porte tournante » dans les urgences est davantage lié à l'absence de services dans la communauté à la suite du mouvement de désinstitutionnnalisation, que des caractéristiques des personnes qui consultent.

Quelle que soit l'organisation des services en santé mentale, les salles d'urgence des hôpitaux seront toujours mises à contribution lors de crise ou d'urgence en santé mentale. Cependant, tous reconnaissent que les urgences hospitalières ne peuvent et ne doivent pas être la seule réponse disponible aux personnes en situation de crise. D'ailleurs, les personnes concernées réclament la possibilité d'avoir des choix autres que l'urgence hospitalière lorsqu'elles sont en situation de crise.

La mise en place de services d'aide en situation de crise 24/7 pour les adultes avec des troubles mentaux est l'une des mesures prioritaires à mettre en place dans chacune des régions du Québec. Ces services sont privilégiés afin de :

- fournir une réponse rapide, intensive et de courte durée aux personnes en situation de crise;
- diminuer l'achalandage aux urgences des clientèles aux prises avec des troubles mentaux;
- diminuer le temps d'attente de celles qui y consultent;
- amener une utilisation plus judicieuse des services d'urgence;
- offrir une alternative à l'hospitalisation lorsqu'elle n'est pas requise.

De plus, les services d'aide en situation de crise constituent un préalable à l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001).* En effet, selon le premier paragraphe de l'article 8. *un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne dans un CLSC ou un centre hospitalier (visé à l'article 6 de la loi),à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.*

Les services de crise sont donc essentiels pour que les mesures d'exception prévues dans cette Loi ne soient effectivement utilisées que dans des cas d'exception.

Au cours des dernières années, la région des Laurentides s'est dotée,

1. de services d'aide en situation de crise dans les CLSC de chacun des territoires de la région des Laurentides (réponse téléphonique 24/7 par l'Info-Santé (social) ou intervention face à face, des services d'hébergement de crise, des services de prévention du suicide par le Centre de prévention du suicide le Faubourg (intervention téléphonique, postvention, activités de sensibilisation et de formation, etc.),

2. d'un modèle d'organisation de services de crise en réseau sous l'appellation de « Réseau de services intégrés d'aide en situation de crise et d'action face au suicide » (février 2000) afin d'assurer la coordination des efforts de chacun des partenaires, tant au niveau des services de crise que des actions face au suicide.

Des conditions de succès ont été identifiées lors de la conception du modèle d'organisation de services en « Réseau de services intégrés d'aide en situation de crise et d'action face au suicide soit : un soutien à l'implantation des services ainsi que du suivi-monitoring à l'implantation du réseau, la nécessité d'une entente notamment pour l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001, la mise en place de mécanismes de coordination d'expertise clinique, d'activités de soutien clinique et de formation.

À cet égard, une *Entente de services pour les situations de crise et suicide. (juillet 2001)* a été signée par les partenaires de ce réseau, les services ambulanciers et les corps policiers. Cette entente vise à faciliter l'implantation des services intégrés mais particulièrement à établir les mécanismes de fonctionnement pour l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001. Un comité d'expertise clinique démarrera ses activités dès l'automne 2001, en vue d'identifier les moyens d'enrichir les connaissances, les façons de faire des intervenants concernés en fonction de leurs besoins (outils « cliniques » communs et/ou complémentaires, activités de formation, coaching et soutien clinique, etc.).

Au cours de ces travaux, notre souci a été de développer des corridors simples et efficaces de liaison pour assurer la continuité et la complémentarité des actions auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale et qui sont en situation de crise.

Ces éléments nouveaux ajoutent un défi supplémentaire à l'organisation du fonctionnement des urgences hospitalières. Comment tenir compte des personnes ayant des troubles mentaux graves ou des problèmes de santé mentale en s'appuyant sur leurs besoins particuliers tout en considérant les autres clientèles qui ont recours aux services d'urgence. Quelles sont les mesures ou balises à mettre en place, pour s'assurer d'une utilisation optimale des urgences hospitalières et des autres services, notamment ceux qui sont liés au « Réseau intégré de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide» et pour assurer la mise en application des aspects légaux liés à la Loi P-38.001. Un bon nombre de pistes d'action suggérées vont en ce sens d'autant plus que les arrimages avec les urgences hospitalières sont incontournables dans ce réseau de services.

LES SERVICES DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

La majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sévères vivent à l'extérieur d'institution. Ainsi, en plus de services d'aide en situation de crise, des services de soutien doivent être disponibles dans la communauté. Ces services ont pour but de soutenir les personnes dans toutes les dimensions requises pour vivre et s'intégrer dans la société. On pense plus précisément à des services de base, des services résidentiels, des services de soutien au logement autonome, des services de suivi dans la communauté, des services d'entraide, etc.

Aux services de soutien pour les personnes directement concernées s'ajoute le soutien aux familles et aux proches. Ceux-ci assument en grande partie la transformation de services en santé mentale et à ce titre, sont des partenaires essentiels pour le maintien des personnes dans la communauté. Il est juste de les soutenir en vue de maintenir leur implication auprès des personnes et également pour améliorer leur qualité de vie.

Pour plusieurs personnes ayant un problème de santé mentale, la famille est le principal milieu de vie ou le principal soutien. Les familles et proches investissent auprès de la personne à un point tel, que souvent, elles s'essoufflent faute de soutien suffisant. De plus, ce sont elles qui assument en grande partie les impacts de la réduction des durées de séjour en centres hospitaliers, entre autres, parce que les services dans la communauté sont encore incomplets.

L'ensemble de ces services de soutien dans la communauté sont des solutions de rechange à l'hospitalisation. Les recherches démontrent qu'une bonne organisation de services de soutien a pour effet de diminuer les hospitalisations ou encore les durées de séjour. Ces services contribuent également à une augmentation significative de l'estime de soi, de la satisfaction dans le rapport à la vie, des contacts avec les personnes de confiance, d'accès à l'emploi, à la scolarisation, etc.

Alors que tous reconnaissent l'importance d'assurer la continuité des services, leur coordination et leur intégration, dans les faits, les liaisons entre les équipes de soutien dans la communauté et les services hospitaliers sont souvent déficientes. Outre l'insuffisance de ressources dans la communauté, cette absence de liaison est une des causes qui paralyse le système de santé mentale. En conséquence, des gens se trouvent isolés et sans ressources à la sortie de l'hôpital alors que des services pouvant les aider, existent sur leur territoire. Pour d'autres, la difficulté d'avoir accès à des services en réponse à leurs besoins à la sortie de l'hôpital, les contraint à demeurer dans des milieux

de traitement de courte durée plus longtemps. Ceci engendre des délais d'attente pour l'admission dans les services d'hospitalisation. L'impact de cette situation se manifeste également par un engorgement des services d'urgence.

Au cours des dernières années, dans la région des Laurentides, nous avons été en mesure de mettre en place des services d'hébergement, de services de base en CLSC, des services de suivi dans la communauté et de soutien au logement et des organismes communautaires favorisant l'entraide et la réadaptation. Quoiqu'en nombre insuffisant, ces ressources assurent un certain soutien aux personnes vulnérables en raison de troubles mentaux.

Les pistes d'action suggérées vont dans le sens d'améliorer les mécanismes de liaison entre les services hospitaliers et les services de soutien dans la communauté en vue d'assurer la continuité des services, ce qui aura un impact sur l'engorgement des services d'urgence.

De plus, dans la continuité de ces travaux, nous nous proposons d'élaborer un plan régional d'ensemble à l'égard des services de soutien dans la communauté incluant plus précisément les services de suivi, de soutien au logement, de services de base en CLSC et ce, afin de mieux cerner les besoins des personnes au prise avec des troubles mentaux graves, d'assurer une utilisation judicieuse des ressources actuellement disponibles, d'améliorer les mécanismes de coordination et de bien planifier les développements de services à venir. L'objectif de ces travaux est de dépasser le contexte de prestataire de services en vue d'aborder les manières d'améliorer la mise en place des services en réseau et de convenir des modalités liées au développement des nouveaux services.

LES SERVICES DE TRAITEMENT SPÉCIALISÉ

La notion de traitement spécialisé fait référence à l'ensemble des interventions requises pour répondre aux besoins en ce qui concerne l'urgence psychiatrique, les services de cliniques externes et les traitements hospitaliers de courtes et de longue durée.

La région des Laurentides compte cinq centres hospitaliers qui offrent des services de clinique externe de psychiatrie. Trois d'entre eux dispensent également des services hospitaliers de courte durée pour les adultes (103 lits disponibles). Un hôpital offre également des soins hospitaliers de longue durée (64 lits disponibles ainsi que 20 lits pour les clientèles avec des problématiques complexes ou médico-légal.)

Tableau 43
Nombre de lits de psychiatrie actuellement disponibles dans chaque CH

Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL		TOTAL
					Ann.	Mt-L	
Lits de courte durée	0	75	12	0	16	0	103
Lits de longue durée	0	0	0	0	64	0	64
Lits médico-légaux et unité complexe	0	10	0	0	20	0	30

Source : Med-Echo

Afin d'améliorer l'accessibilité des services hospitaliers, des travaux sont en cours dans la région des Laurentides à l'effet de procéder à « l'accroissement et au redéploiement » des soins de psychiatrie du CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme 1) vers le Centre hospitalier Argenteuil pour la population de son territoire et 2) vers le CH St-Eustache pour la population des territoires de J.O.Chénier et 50% de la population du territoire de CLSC de Thérèse de Blainville. L'autre moitié de la population de Thérèse de Blainville et la population du territoire d'Arthur-Buies seront desservies par le CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

Ce projet de décentralisation de soins hospitaliers de psychiatrie aura une incidence évidente sur les urgences hospitalières des centres hospitaliers de même que sur l'ensemble des services en santé mentale.

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES JEUNES ET LES ENFANTS

Chaque centre hospitalier est pourvu d'une clinique de santé mentale infantile. Les listes d'attente demeurent importantes et les liens avec les autres services sont à parfaire. L'insuffisance de services de base amène souvent la population à consulter directement les services spécialisés. Les listes d'attente en pédopsychiatrie témoignent des besoins de services des enfants. Dans le but de mieux répondre à ces besoins, des budgets de consolidation ont été consentis dans l'ensemble des cliniques de pédopsychiatrie.

Tableau 44
Jeunes en traitement et jeunes en attente au 31 mars 2001
en clinique externe de santé mentale infantile

Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL	TOTAL
Jeunes en traitement	23	761	192	37	109	**1122**
	2 %	68 %	17 %	3 %	10 %	**100 %**
Jeunes en attente	88	227	66	nd	4	**nd**

Sources : Rapports statistiques annuels et données statistiques périodiques des établissements.

Le Centre de jour rattaché au CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme a une vocation sous-régionale (des Basses-Laurentides à Ste-Agathe). La clientèle provient principalement du grand St-Jérôme. D'autres services destinés aux jeunes potentiellement à risque de développer des problèmes de santé mentale sont disponibles dans les CLSC, notamment des interventions auprès des enfants et des parents manifestant des signes de détresse, dispensées directement par les intervenants psychosociaux jeunesse. Un organisme communautaire offre un milieu de jour en santé mentale pour les enfants de moins de 6 ans. Des travaux seront aussi réalisés au cours des prochains mois pour établir des arrimages entre l'ensemble des services dédiés aux jeunes (CLSC, Centres jeunesses, ...).

Les services hospitaliers et hébergement (incluant la réadaptation)

L'absence de lits de pédopsychiatrie engendre un recours aux services suprarégionaux (notamment Ste-Justine). Les centres hospitaliers assument leur rôle de services spécialisés mais ils remplissent également un rôle de première ligne faute de services suffisants en CLSC. Le Centre jeunesse accueille des jeunes en difficultés d'adaptation sociale qui présentent également une problématique de santé mentale. Le Centre du Florès a mis sur pied, à partir d'un budget non récurrent, 4 places destinées à des jeunes ayant une déficience intellectuelle et un syndrome « Gilles de la Tourette ».

La proportion d'enfants et de jeunes qui se présentent à l'urgence pour des troubles mentaux est relativement faible comparativement à l'ensemble des visites à l'urgence. En fait, une personne sur cinq sur civière pour des troubles mentaux a moins de 25 ans.

Tableau 45
Patients sur civières / troubles mentaux / groupes d'âge /par CH
(2000-2001)

Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL		TOTAL
					Ann.	Mt-L	
0-14 ans	20	31	7	5	6	9	78
	4 %	1 %	1 %	3.5 %	4 %	4 %	2 %
15-24 ans	103	365	117	8	15	46	654
	19 %	16 %	17 %	6 %	9 %	19 %	16 %
Total 0-24 ans	123	396	124	13	21	55	732
	23 %	17 %	18 %	9.5 %	13 %	23 %	18 %

Source : registre de la clientèle sur civière à l'urgence, MSSS.

Nous sommes d'avis qu'il faille apporter une attention particulière à cette clientèle et s'assurer d'être en lien avec l'ensemble des services offerts aux jeunes et à leur famille

Ceci est d'autant plus vrai pour les familles et proches de personnes nouvellement atteintes (jeunes adultes), qui n'ont pas encore obtenu de services du réseau de la psychiatrie; et qui sont souvent sans information et sans soutien.

A2 Principes directeurs et modèle de gestion de l'unité d'urgence

A) Adopter les principes directeurs dans toutes les instances du centre et du territoire.

B) Adopter un modèle de gestion de l'unité d'urgence.

RECOMMANDATION
et pistes d'action en santé mentale

- Inclure aux principes et modèles de gestion de l'unité d'urgence, les orientations provinciales et régionales en matière de santé mentale pertinentes aux urgences et faire connaître aux collaborateurs et partenaires en santé mentale les principes et modèles de gestion de l'unité d'urgence. Pour ce faire :

  - Faire connaître à l'ensemble des directeurs généraux des établissements les orientations et plans d'action en santé mentale.

  - S'assurer de la participation des représentants des services d'urgence aux comités de travail en santé mentale afin, d'une part, de sensibiliser de façon continue les partenaires aux principes directeurs et modèle de gestion de l'unité d'urgence et, d'autre part, d'influencer les pratiques de l'urgence en regard des modèles d'organisation de services en santé mentale.

  - S'assurer de la participation des représentants des services d'urgence (médecin et infirmière) aux activités de formation liées aux différents services en santé mentale et qu'ils s'assurent de la transmission des informations pertinentes au personnel de l'unité d'urgence.

Commentaires :

Pour assurer une coordination et une mobilisation locales et efficaces de l'ensemble des partenaires impliqués auprès des clientèles ayant des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale, un partage de vision et de principes directeurs est requis. Il est souhaitable que les partenaires des services de santé mentale soient informés des mesures prévues au modèle de gestion de l'unité d'urgence des centres hospitaliers. Et vice versa, que les personnes impliquées aux services des urgences soient également informées des cibles retenues par le MSSS pour accentuer la transformation des services en santé mentale et des travaux réalisés ou en cours de réalisation, dans la région des Laurentides.

PERSPECTIVE ET APPROCHE-CLIENT

B1.1 Les Clientèles

A) À partir des données des systèmes d'information, faire connaître les clientèles qui se présentent à l'unité d'urgence et l'évolution de leurs particularités.

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

- S'assurer que les paramètres et indicateurs clientèles des unités d'urgence soient en lien et complémentaires aux systèmes d'information des autres partenaires concernés par la santé mentale et en lien avec l'organisation des services en santé mentale, en vue d'élaborer des tableaux de bord (régional / local).

- Diffuser de façon continue et systématique des informations aux personnes clés des services de santé mentale (aide en situation de crise / soutien en santé mentale /traitement) dans chacun des territoires de CLSC.

Commentaires :

Une partie importante des personnes aux prises avec des troubles mentaux, des problèmes de santé mentale ou en situation de crise s'adressent aux services d'urgence des hôpitaux alors qu'elles pourraient être desservies par d'autres services dans leur territoire, d'où notamment l'organisation en réseau des services de crise. Il est donc essentiel de monitorer les clientèles santé mentale qui se présentent afin de mieux connaître leurs profils et besoins, ce qui permettra d'agir sur les habitudes de consommation de soins en santé mentale (autant par les usagers que pour les référents) dans une perspective de desservir les clientèles « au bon endroit ».

LA CLIENTÈLE PARTICULIÈRE « SANTÉ MENTALE »
dans la région des Laurentides

1. Proportion de la population aux prises avec des problèmes de santé mentale / et des troubles mentaux graves / incluant le suicide.

Selon *l'Enquête Santé Québec (1998)*[2], on estime que les adultes des Laurentides qui éprouvent un niveau de détresse psychologique se situe à 21,3% de la population. Ceci pourrait représenter environ 100 000 personnes dans la région. Notons qu'une proportion plus importante de femmes et de jeunes de 15 à 24 ans présentent un niveau de détresse psychologique élevé.

Les tentatives de suicide et les suicides complétés sont des conséquences possibles de plusieurs problématiques dont la détresse psychologique, les troubles mentaux, la violence conjugale et familiale, les agressions sexuelles, la toxicomanie. Dans la province du Québec, le phénomène du suicide a pris beaucoup d'ampleur. Le taux de suicide québécois est passé de 13 pour 100 000 personnes en 1976 à 19 pour 100 000 personnes en 1997. Dans la région, comme au Québec, autour de 4% de la population âgée de 15 ans et plus déclare avoir sérieusement pensé au suicide à un moment donné au cours d'une période de douze mois. Cette proportion permet d'estimer à environ 11 600 le nombre de personnes dans les Laurentides qui auraient eu des idées suicidaires. Tout comme au Québec, 8% de la population âgée de 15 ans et plus a tenté de s'enlever la vie en 1998. On estime que 1800 personnes des Laurentides auraient fait une tentative de suicide[1]. Selon le dernier rapport du Bureau du coroner[3], il y aurait eu 1527 décès par suicide en 1999 dont 85 dans la région des Laurentides. Les suicides complétés restent principalement le fait d'hommes âgés entre 25 et 44 ans.

Les troubles reliés aux substances psycho-actives sont présents dans le cas de suicide dans une proportion variant entre 30 % et 50 % selon les études. Chez les alcooliques, le taux annuel de suicide au Québec est d'environ 104 par 100 000, en comparaison, ce taux est de 70 par 100 000 pour la population avec diagnostic psychiatrique sans alcoolisme et de seulement 1 pour 100 000 pour la population sans diagnostic psychiatrique[4]. Les

---

[2] Régie régionale de la santé et des services sociaux, *Enquête sociale et de santé, région des Laurentides*, automne 2000.
[3] Rapport annuel 2000, Bureau du coroner, 2001.
[4] Gouvernement du Québec, *Avis sur le suicide et la toxicomanie*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, septembre 1998.

données de la RAMQ indiquent que 53,5% des personnes décédées par suicide avaient reçu les services d'un médecin pour des problèmes psychiatriques et plus de 80% des personnes qui présentaient des problèmes psychiatriques au moment du décès avaient consulté dans différents points de services à cause de ces problèmes.[5]

Les personnes atteintes de troubles mentaux représentent 2% à 3% de la population. Elles sont généralement confrontées à l'une des maladies suivantes : schizophrénie, dépression, maniaco-dépression (trouble affectif bipolaire), trouble grave de l'anxiété ou trouble de la personnalité. Dans les Laurentides, on estime donc à un peu plus de 10 000 le nombre d'adultes atteints de troubles mentaux graves et persistants. Il faut ajouter à ce nombre, la clientèle arrivée dans notre région par transfert des grands centres hospitaliers psychiatriques de Montréal et de Québec au début des années 60, ce qui représenterait environ 1 000 personnes vivant encore sur notre territoire.[6]

Selon des études américaines, chez les alcooliques, la prévalence à vie de développer une schizophrénie ou un trouble bipolaire est de l'ordre de 4,5 % à 6 % et chez les toxicomanes d'environ 7 %. De même, d'après les données informelles recueillies dans différents milieux de traitement au Québec, les patients à double diagnostic compteraient pour 33 % à 50 % de la clientèle en milieu psychiatrique[7].

Ces personnes sont parmi les clientèles vulnérables vers lesquelles il faut orienter nos actions et conjuguer nos efforts, en amont et en aval des urgences des centres hospitaliers, en vue d'en diminuer l'achalandage.

2. Utilisation des services hospitaliers d'urgence / troubles mentaux

On estime entre 40 à 50 %, les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants se présentant à l'urgence lorsqu'elles sont en situation de crise. Comment se traduit cette réalité dans la région des Laurentides ?

---

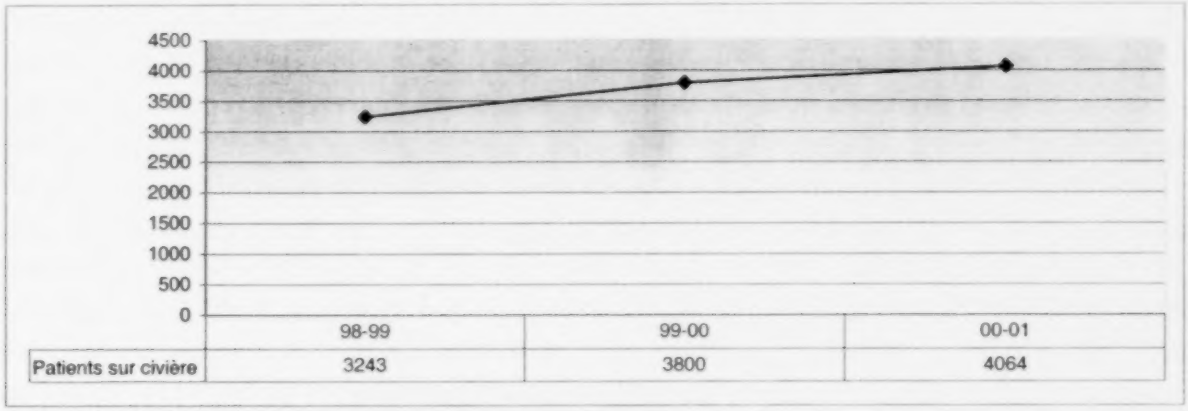
[5] Gouvernement du Québec, *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et 31 décembre 1996, .(2000).*

[6] Régie régionale des Laurentides, *Plan d'action régional intégré pour les adultes (suicide), violence conjugale et sexuelle et toxicomanie*, juin 1999.

[7] Gouvernement du Québec, *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, février 1997.

Premier constat : le nombre de patients santé mentale sur civière a augmenté au cours des trois dernières années

Tableau 46
Patients en santé mentale sur civières
(1998-1999 à 2000-2001)

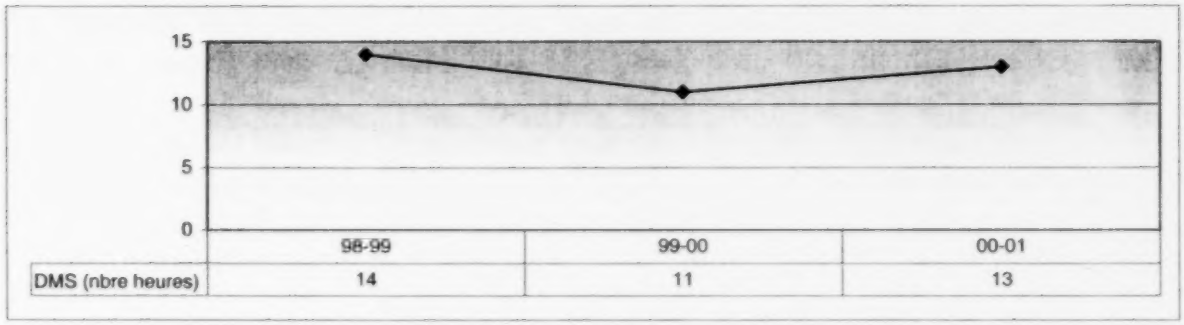


	98-99	99-00	00-01
Patients sur civière	3243	3800	4064

Source : Registre de la clientèle sur civière à l'urgence, MSSS.

Deuxième constat : la DMS des patients santé mentale sur civière tend à se maintenir

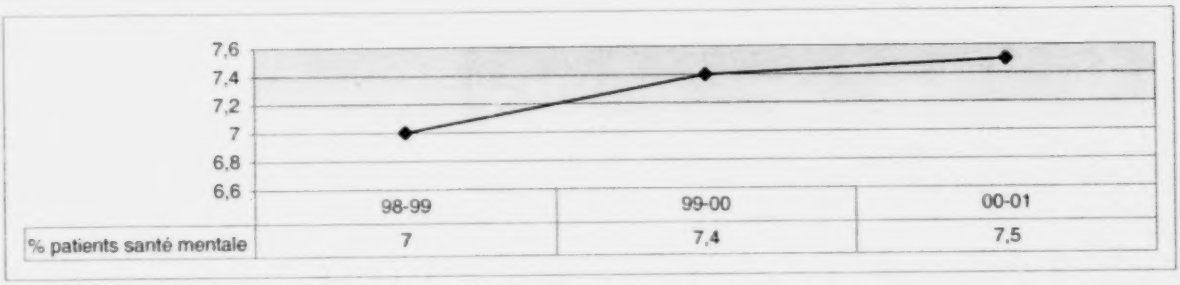
Tableau 47
Patients en santé mentale sur civières : évolution de la DMS
(1998-1999 à 2000-2001)



	98-99	99-00	00-01
DMS (nbre heures)	14	11	13

Troisième constat : la proportion des patients santé mentale sur l'ensemble des patients sur civière se maintient

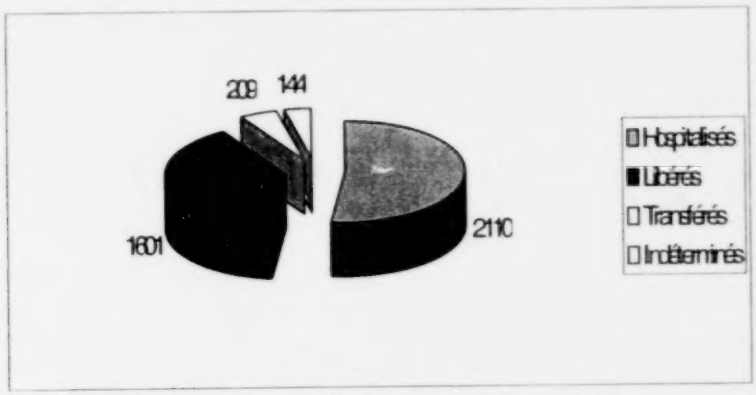
Tableau 48
Patients en santé mentale sur civières : évolution de la proportion
(1998-1999 à 2000-2001)



	98-99	99-00	00-01
% patients santé mentale	7	7,4	7,5

Quatrième constat : Un peu plus de la moitié (52%) des patients santé mentale sur civière sont retenus pour hospitalisation

Tableau 49
Destination des patients civières / troubles mentaux
(2000-2001)



Source : Registre de la clientèle sur civière à l'urgence, MSSS.

4. Utilisation des services d'urgence hospitalière / troubles mentaux / par centre hospitalier

Tableau 50
Répartition des patients sur civières / troubles mentaux / par CH
(2000-2001)

Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL		TOTAUX
					Ann.	Mt-L	
Nombre de patients sur civière troubles mentaux	532	2292	687	143	165	245	4 064
					410		
Demandes de consultations en psychiatrie pour patients sur civières troubles mentaux	69 13 %	2029 89 %	416 61 %	n/d	7	0	2521 62 %
					7		
DMS	6 hres	25 hres	16 hres	11 hres	410		13 hres
Taux moyen annuel des 24 à 48 hres	0.9 %	14.6 %	16.3 %	5.6 %	8 %		12.1 %
Taux moyen annuel des 48 hres et plus	0 %	16 %	3.6 %	0 %	3.7 %		10 %

Source : Registre de la clientèle sur civière à l'urgence, MSSS.

Il importe de faire remarquer que les patients « troubles mentaux » sur civière 48 heures et plus représentent 30% de tous les patients sur civière 48 heures et plus.

Tableau 51 : Destination des patients sur civières/ troubles mentaux / par CH / 2000-2001

Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL		TOTAL
					Ann.	Mt-L	
Total des patients hospitalisés en provenance des urgences	245 46 %	1348 59 %	344 50 %	45 31 %	62 38 %	66 27 %	2110 52 %
Nombres de patients libérés	225 42 %	824 36 %	292 43 %	62 43 %	93 56 %	105 43 %	1601 39 %
Nombre de patients transférés	52 10 %	45 2 %	18 3 %	32 22 %	6 4 %	56 23 %	209 5%
Autres / indéterminés	10 2 %	75 3 %	4 3 %	33 5 %	4 2 %	18 7 %	144 4%
TOTAL	532 100%	2292 100%	687 100%	143 100%	165 100%	245 100%	4064 100%

Source : Registre des patients sur civière à l'urgence, MSSS.

Tableau 52: Patients sur civières / troubles mentaux / groupes d'âge /par CH / 2000-2001

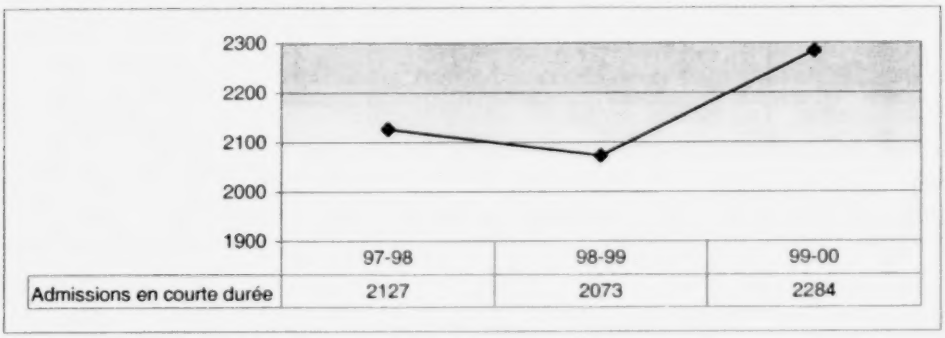
Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL		TOTAL
					Ann.	Mt-L	
0-14 ans	20 4 %	31 1 %	7 1 %	5 3.5 %	6 4 %	9 4 %	78 2 %
15-24 ans	103 19 %	365 16 %	117 17 %	8 6 %	15 9 %	46 19 %	654 16 %
25-64 ans	341 64 %	1758 77 %	507 74 %	79 55 %	118 72 %	142 58 %	2945 72 %
65 ans et +	67 12 %	138 6 %	36 5 %	51 36 %	26 16 %	42 17 %	360 9 %
Indéterminé	1 .2 %	0 %	20 3 %	0 %	0 %	6 2 %	27 1 %

Source : Registre des patients sur civière à l'urgence, MSSS.

3. Utilisation des soins psychiatriques de courte durée

Premier constat : Le nombre d'admission en courte durée a augmenté au cours des trois dernières années (1998-1999 à 2000-2001)

Tableau 53 : Volume des admissions en courte durée : évolution

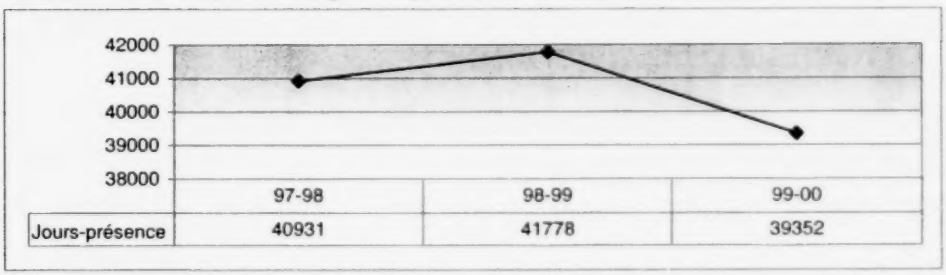


	97-98	98-99	99-00
Admissions en courte durée	2127	2073	2284

Source : Med-Echo

Deuxième constat : le nombre de jours-présence en courte durée a diminué

Tableau 54 : Nombre de jours-présence : évolution

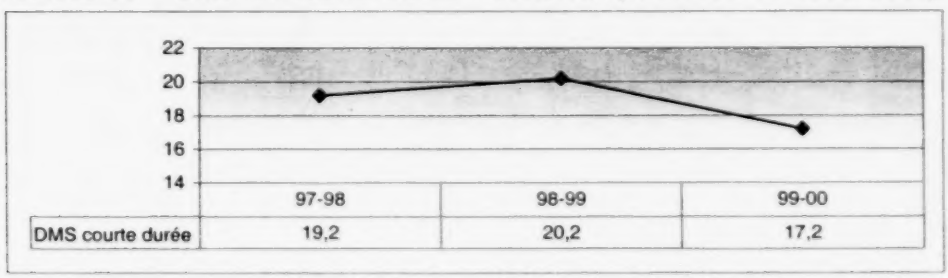


	97-98	98-99	99-00
Jours-présence	40931	41778	39352

Source : Med-Echo

Troisième constat : la DMS en courte durée a diminué au cours des trois dernières années

Tableau 55 : DMS en courte durée : évolution (1998-1999 à 2000-2001)



	97-98	98-99	99-00
DMS courte durée	19,2	20,2	17,2

Source : Med-Echo

4. Utilisation des services de courte durée / troubles mentaux / par centre hospitalier

Tableau 56 : Nombre d'admissions en courte durée pour chaque CH

Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL		TOTAL
					Ann.	Mt-L	
97-98	130	1,231	313	52	329	72	2,127
98-99	165	1,224	292	27	286	79	2,073
99-00	193	1,326	389	30	303	43	2,284

Source : Med-Echo

Tableau 57 : Nombre de jours présence en courte durée pour chaque CH

Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL		TOTAL
					Ann.	Mt-L	
97-98	1,136	28,144	4,124	392	6,375	760	40,931
98-99	1,587	29,984	4,666	244	4,473	824	41,778
99-00	1,634	27,368	5,379	459	4,136	376	39,352

Source : Med-Echo

Tableau 58 : La DMS en courte durée pour chaque CH

Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL		TOTAL
					Ann.	Mt-L	
97-98	8,7	22,9	13,2	7,5	19,4	10,6	19,2
98-99	9,6	24,5	16	9	15,6	10,4	20,2
99-00	8,5	20,6	13,8	15,3	13,7	8,7	17,2

Source : Med-Echo

4. Utilisation des services de cliniques externes en psychiatrie / par centre hospitalier (suite)

Tableau 59 : Nombre de personnes desservies pour chaque CH au 31 mars 2001

Centres hospitaliers/ Indicateurs	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL	TOTAL
Nombre d'adultes desservis	n/a	2696 42 %	2215 34 %	538 8 %	978 15 %	**6427** **100 %**

Source : Rapports statistiques annuels des établissements.

B1.2 Mission de l'unité d'urgence

B) Faire connaître la mission de l'unité d'urgence à la population et aux partenaires.

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

- Permettre aux directeurs généraux des centres hospitaliers de faire valoir la mission de l'unité d'urgence, notamment lors de rencontres d'information concernant les orientations en santé mentale en vue d'établir les liens de complémentarité avec les missions et services des autres établissements et organismes communautaires.

- S'assurer que des représentants des services d'urgence participent aux travaux de planification et d'organisation des services en santé mentale pour les adultes et pour les jeunes afin, d'une part, de sensibiliser de façon continue les partenaires à la mission de l'urgence et, d'autre part, d'influencer les pratiques de l'urgence en regard des plans d'organisation de services en santé mentale.

- S'assurer de la participation des représentants des services d'urgence (médecin et infirmière) à des activités de formation conjointes (CH, CLSC, etc.) liées aux différents services en santé mentale et qu'ils assurent la transmission des informations pertinentes au personnel de l'unité d'urgence.

Commentaires :

Le déploiement des services en santé mentale[8] requiert la mise en place de mécanismes de liaison très étroits voire de complicités entre les services d'urgence hospitalière et les services de santé mentale en amont et en aval des urgences hospitalières. Tous les partenaires impliqués au niveau des différents services seront mobilisés lors d'activités de formation qui seront offertes, au fur et à mesure du développement des services[9]. Ces activités de formation visent à assurer l'appropriation sur une base locale, des principes directeurs de l'organisation des services et des ententes s'y rattachant. Les activités de formation seront suivies de travaux concertés visant l'élaboration de plans d'action locaux qui aboutiront au déploiement des réseaux.

Ces activités sont une occasion de mieux faire connaître la mission des services d'urgence, tout en contribuant, sur un plan opérationnel, à la mise en place des bases de collaboration harmonieuse avec les partenaires d'un même réseau.

---

[8] Notamment, ***Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide*** (février 1999) et l'application de la ***Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.*** (1997)

GESTION CLINIQUE DE L'ÉPISODE DE SOINS À L'UNITÉ D'URGENCE

B2.2 Le triage

A) S'assurer que le triage est effectué par une infirmière avant l'inscription.

- S'assurer que l'infirmière qui effectue le triage avant l'inscription ait les connaissances, les compétences et les outils nécessaires pour évaluer l'état des personnes en situation de crise.

- S'assurer que l'infirmière au triage a les informations et la possibilité, si c'est pertinent, d'orienter la personne en situation de crise vers une ressource plus appropriée à sa situation et à son niveau de détresse (potentiellement les services d'aide en situation de crise) et ce, dans le respect absolu du choix du client en conformité aux aspects légaux s'y rattachant.

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

B) Implanter l'échelle de triage ETG.

- S'assurer qu'au moins un chef de service médical et une infirmière-chef de l'urgence contribuent, au nom de l'ensemble des urgences, à la validation de l'*Outil d'estimation de dangerosité* qui sera utilisé par les intervenants du *Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide* et qu'ils contribuent à la diffusion d'information à cet effet, auprès de leurs pairs des autres unités d'urgence.

- S'assurer que le chef du service médical et l'infirmière-chef de l'urgence connaissent l'*Outil d'estimation de dangerosité* utilisé par les intervenants du *Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide.*

C) Établir des protocoles et prévoir des mécanismes d'accès aux soins et services.

- Établir des liens et ententes avec les services de santé mentale tant pour les adultes que pour les jeunes.

---

[9] Des activités précises sont prévues au cours de l'année 2001-2002 pour le ***Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide*** (février 1999) et l'application de la ***Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-mêmes ou pour autrui*** et de l'***Entente de services pour les situations de crise et suicide. (juillet 2001)***

- S'assurer que l'infirmière au triage connaît les ententes déjà convenues et l'organisation des services en santé mentale, notamment le *Modèle d'organisation des services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide,* les modalités convenues dans *l'Entente de services pour les situations de crise et suicide* ainsi que le protocole interne de l'urgence relativement à l'application de la Loi P-38.001.[10]

- S'assurer que l'infirmière au triage connaît les protocoles, les mécanismes de référence et les modalités de transfert lors de l'orientation des personnes vers les ressources en santé mentale dans la communauté (dont les services d'aide en situation de crise) et ce, suivant les règles de consentement aux soins et de confidentialité.

D) Évaluer de façon continue le processus du triage.

- S'assurer de la participation du chef de service médical et d'une infirmière-chef de l'urgence au suivi d'implantation du *Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide.* Cette évaluation devrait fournir des informations complémentaires à l'évaluation continue du processus du triage concernant la clientèle santé mentale.

Commentaires :

On estime que parmi les personnes ayant des troubles mentaux qui se présentent aux urgences, de 40 à 50% sont en situation de crise. Souvent, elles ne connaissent pas d'autres alternatives. Certaines d'entres elles requièrent des services psychosociaux et non pas des services spécialisés tels que ceux offerts par un centre hospitalier. Elles pourraient être

---

[10] Source : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, *Ententes de services pour les situations de crise et suicide. (juillet 2001)*, page 15 et 20.

orientées vers les services dans la communauté, notamment les services d'aide en situation de crise, ce qui aurait pour effet de réduire l'achalandage dans les urgences hospitalières.

La possibilité pour l'infirmière au triage d'orienter les patients vers d'autres ressources peut être considérée comme étant une alternative à proposer aux patients, dans des conditions et des situations cliniques bien définies et conformément aux aspects légaux s'y rattachant. Les services de crise pourraient constituer une option intéressante pour assurer une réponse appropriée et efficiente aux besoins des patients et permettre une certaine décongestion des salles d'attente des urgences.[11]

L'évaluation de la situation ainsi que l'estimation du degré de dangerosité réalisée par les intervenants de crise avant l'arrivée du patient à l'unité d'urgence pourrait être considérée comme une pré-évaluation au système de triage et en ce sens, s'inscrire dans un continuum d'actions en amont de l'urgence. Elle devrait donc influencer l'affluence de la clientèle santé mentale vers les urgences. Conformément aux principes d'intervention en situation de crise, le recours aux services hospitaliers, voire l'urgence hospitalière, sera utilisé par l'intervenant d'aide en situation de crise s'il ne peut résorber la crise par des interventions de type psychosocial. C'est le cas également s'il estime que des soins médicaux sont requis même s'il n'y a pas présence de danger grave et immédiat. Ainsi, il accompagnera les personnes à l'urgence. Dans une perspective d'actions concertées et de continuité de services (crise-urgence), il serait intéressant que les critères et outils d'évaluation utilisés par les intervenants de crise soient validés et connus des services d'urgence.

Toujours dans cette perspective de continuité de services, les services d'urgence devraient prendre en compte l'évaluation déjà réalisée par l'intervenant de crise (avec le consentement du client s'il y a lieu) au moment de l'évaluation clinique de la personne.

Il serait également intéressant que l'évaluation de l'implantation des services d'aide en situation de crise soit réalisée avec l'ensemble des partenaires dont l'urgence hospitalière afin qu'on puisse voir dans quelle mesure les services d'aide en situation de crise contribuent à diminuer l'achalandage aux urgences par les clientèles santé mentale et quelles sont les mesures à mettre en place pour améliorer l'orientation des clientèles. Ceci devrait permettre de s'assurer que les demandes d'évaluation par les intervenants du réseau santé mentale vers les services d'urgence ainsi que vers les médecins psychiatres soient appropriées et que les services disponibles dans la communauté soient utilisés adéquatement. Ceci permettrait également de partager des informations à l'égard des clientèles qui choisissent de consulter ailleurs mais qui reviennent à l'urgence par la suite.

---

[11] Source : Collège des médecins, Énoncé de position concernant le triage à l'urgence du Collège des médecins, janvier 2000, p.7.

B2.3 Critères d'installation des patients sur civière

A) Utiliser les critères recommandés quant à l'installation des patients sur une civière.

B) Établir des mécanismes d'évaluation de façon à assurer que les critères mentionnés plus haut soient respectés.

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

- S'assurer que l'infirmière au triage met en application les éléments convenus dans *l'Entente de services pour les situations de crise et suicide*[12] à l'effet d'aviser le médecin de garde à l'urgence que la condition du patient pourrait requérir l'utilisation probable de mesures de contrôle[13].
- S'assurer qu'au moins un chef de service médical et une infirmière-chef de l'urgence contribuent, au nom de l'ensemble des urgences, à une réflexion régionale en santé mentale à l'égard de l'utilisation des mesures de contrôle et contribue à la diffusion d'information à cet effet, auprès de leurs pairs des autres unités d'urgence.
- S'assurer que l'unité d'urgence utilise le protocole d'application des mesures de contrôle mis en place par le centre hospitalier, assure la participation du personnel des urgences à des activités de formation sur les pratiques alternatives et contribue aux mécanismes de suivi de l'implantation des procédures et d'évolution de la situation.

Commentaires :

Des travaux sont actuellement en cours sur un plan provincial afin de définir des « Orientations ministérielles relatives à l'utilisation de mesures de contrôle ». À la suite de ces travaux, une réflexion régionale, sera réalisée à l'égard de l'utilisation des mesures de contrôle auxquelles les représentants des services d'urgence seront appelés à participer.

Il est entendu que les mesures de contrôle ne s'adressent pas seulement aux patients ayant des troubles mentaux. Cependant, les personnes en situation de crise dont la dangerosité est estimée grave et immédiate sont plus susceptibles que d'autres de se retrouver sous mesures de contrôle, particulièrement dans le cas d'application de la Loi P-38.001. L'*Entente de services pour les situations de crise et suicide* a prévu certaines dispositions pour assurer une meilleure continuité de services entre les services policiers, services d'aide en situation de crise et services d'urgence. Ces modalités devront être connues et appliquées dans le respect des Orientations ministérielles et des protocoles internes des centres hospitaliers relativement à l'application des mesures de contrôle.

---

[12] Référence : page 15 et 20 de *l'Entente de services pour les situations de crise et suicide*.

[13] Mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques) prises en vertu de l'article 118.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux.

B2.6 Prise en charge médicale du patient à l'unité d'urgence

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

A) Faire en sorte que le personnel de l'unité d'urgence possède l'expertise requise pour répondre aux demandes de soins urgents de toutes les clientèles, y compris les catégories de clientèles que l'on retrouve peu fréquemment dans l'établissement.

- S'assurer que le personnel de l'unité d'urgence connaît les services de santé mentale dans la communauté tant pour les adultes que pour les jeunes dont le *Réseau de services intégrés d'aide en situation de crise et d'action face au suicide ainsi que* les modalités convenues dans *l'Entente de services pour les situations de crise et suicide.*
- S'assurer que les politiques, règles et procédures de l'urgence prennent en compte les dispositions légales reliées à l'application de la Loi P-38.001[14] ainsi que les procédures et modalités retenues dans l'entente crise-suicide pour la prise en charge médicale du patient.
- S'assurer de la participation des représentants des services d'urgence (médecin et infirmière) à des activités de formation conjointes (CH, CLSC, etc.) liées aux différents réseaux de services en santé mentale et voir à ce qu'ils transmettent les informations pertinentes au personnel de l'unité d'urgence.

C) S'assurer que l'unité d'urgence ne devienne pas un lieu où les patients sont mis en observation prolongée.

- Se doter de mécanismes de soutien pour assurer une prise en charge rapide (par l'infirmier de liaison en santé mentale ou le travailleur social) des personnes ayant des troubles mentaux graves qui nécessitent des services d'urgence jugés non prioritaires, pendant l'attente de la prise en charge médicale. Ceci aurait aussi pour effet de diminuer le temps d'attente de l'intervenant de services de crise lorsqu'il accompagne quelqu'un à l'urgence.

D) Mettre au point ou adapter des outils de dépistage ou d'évaluation de problématiques particulières.

- S'assurer qu'au moins un chef de service médical et une infirmière-chef de l'urgence contribuent, au nom de l'ensemble des urgences, à la validation de l'*Outil d'estimation de dangerosité* qui sera utilisé par les intervenants du *Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide* et contribue à la diffusion d'information auprès de leurs pairs des autres unités d'urgence.
- S'assurer que le personnel de l'unité d'urgence connaisse l'*Outil d'estimation de dangerosité* utilisé par les intervenants du *Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide.*

E) Établir des règles pour s'assurer que les consultations émanant de l'urgence soient appropriées. Mettre au point un mécanisme de surveillance.

- S'assurer de la participation du chef de services médical et d'une infirmière-chef de l'urgence au suivi d'implantation du *Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide.*

[14] ***Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-mêmes ou pour autrui.***

- S'assurer que le personnel médical de l'unité d'urgence ait les connaissances, les compétences et les outils nécessaires pour évaluer et répondre aux besoins des personnes (jeunes ou adultes) ayant des problèmes de santé mentale en situation de crise pour une utilisation judicieuse des consultations auprès des médecins psychiatres ou pédopsychiatres.
- Se doter d'un mode de fonctionnement visant à clarifier les rôles et responsabilités des médecins d'urgence et des médecins psychiatres-consultants en regard de la clientèle « santé mentale » (adultes ou jeunes) pendant leur durée de séjour à l'urgence. Ce mode de fonctionnement doit contribuer à une utilisation harmonieuse et efficiente des ressources spécialisées en santé mentale.
- Voir à ce que les pédopsychiatres[15] ou psychiatres en clinique externes assurent la consultation auprès des jeunes ou des adultes qui leur sont adressés en urgence.

5) Élaborer les règles et protocoles visant à éviter les admissions inappropriées de l'unité d'urgence.

- En lien avec les pistes d'actions sur le triage (B2.2), s'assurer que l'infirmière au triage ait les connaissances, les compétences et les outils nécessaires pour évaluer la situation des personnes en crise et qu'elle puisse, s'il y a lieu et avec son consentement, les orienter vers une ressource plus appropriée à sa situation (potentiellement les services d'aide en situation de crise des CLSC).
- S'assurer que le personnel de l'unité d'urgence connaisse les ressources dans la communauté et que les mécanismes de référence et de transmission d'information soient identifiés et appliqués.

Commentaires :

Dans le cas de l'application de *l'Entente de services pour les situations de crise et suicide*, les responsabilités du médecin de garde et de l'infirmière au triage sont clairement identifiées. La prise en charge médicale est prévue comme devant se réaliser le plus rapidement possible après l'arrivée de la personne à l'unité d'urgence. Les délais sont identifiés et conformes aux protocoles médicaux à l'urgence. Dans les autres cas, conformément aux pratiques d'intervention liées aux services d'aide en situation de crise, l'intervenant sera habituellement appelé à accompagner la personne à l'urgence, et ce, dans une perspective d'actions concertées et de continuité de services. Pour diminuer le temps d'attente, le patient qui n'est pas jugé prioritaire pourrait être orienté vers un espace de la salle d'attente réservé à cette clientèle et être immédiatement soutenu par l'infirmier de liaison en santé mentale ou le travailleur social.

La participation des représentants de l'urgence au suivi d'implantation du *Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide* devrait permettre de s'assurer que les demandes d'évaluation par les intervenants du réseau santé mentale vers les services d'urgence ainsi que vers les médecins psychiatres soient appropriées. De même, cela devrait permettre que les services disponibles dans la communauté soit utilisés adéquatement.

[15] Collège des médecins du Québec « *Accessibilité aux soins médicaux et psychiatrique pour la clientèle adolescente* » (avril 1999)

B2.8 Planification du départ du patient de l'unité d'urgence

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

C) Concevoir un guide sur les modalités de planification et de préparation du départ de l'unité d'urgence et s'assurer de l'implication du patient lui-même, du personnel de l'unité d'urgence et des partenaires du réseau, le cas échéant.

- Mettre à contribution les partenaires du réseau santé mentale pour la conception ou la mise en à jour du guide afin de s'assurer que les modalités de planification et de préparation du départ de l'unité d'urgence et de référence soient conformes à l'organisation des services en santé mentale et aux modes de fonctionnement retenus.[16]
- S'assurer de la disponibilité à l'urgence, d'un répertoire des ressources du réseau santé mentale et des organismes communautaires.

Commentaires :

Dans le cadre de la préparation du départ du patient « santé mentale » de l'unité d'urgence, il est important que les intervenants des services de santé mentale soient informés (avec le consentement du client) afin qu'ils assurent le suivi si requis. À cet égard, le travailleur social ou l'infirmier de liaison de l'urgence doit être impliqué rapidement afin d'assurer, avec les services dans la communauté, la coordination du départ du patient. À tout le moins, le client devra recevoir les informations sur les services disponibles dans la communauté.

La préparation du départ du patient est d'autant plus importante lors de l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001. Les intervenants des services de crise et les services policiers sont appelés à estimer des situations de crise et à procéder à l'application de cet article s'ils perçoivent qu'il y a danger grave et immédiat pour la personne ou son entourage. Le médecin de l'urgence procédera ensuite à l'évaluation médicale de la personne à la suite de laquelle il pendra la décision à l'égard de l'orientation d'un patient admis dans ce contexte. Il pourra appliquer ou non, les prérogatives de la loi, s'il juge également qu'il y a présence de danger grave et immédiat. S'il ne juge pas de la présence d'un danger grave et immédiat, il devra signifier le départ du patient si ce dernier ne consent pas à recevoir des soins hospitaliers. Cependant, avec son consentement, le patient peut être orienté vers d'autres services qui pourraient lui venir en aide dont les services d'aide en situation de crise (CLSC), l'hébergement de crise, etc.

Aussi, un jeune ou un adulte qui se présente à l'urgence suite à une tentative de suicide ou avec idéations suicidaires, ne devrait jamais être retourné dans son milieu sans qu'un suivi approprié soit mis en place.

---

[16] Voir notamment les modalités convenues dans *Ententes de services pour les situations de crise et suicide*.(juillet 2001)

B2.9 Les transferts interétablissements

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

A) Adopter des règles relatives aux transferts de l'unité d'urgence vers d'autres établissements.

- S'assurer, si requis, que des ententes sont établies entre les centres hospitaliers Hôtel-Dieu de St-Jérôme, St-Eustache et Argenteuil en regard du transfert entre établissement pour la mise en application des dispositions législatives de la Loi P-38.001 (garde provisoire et préventive).

Commentaires :

Les centres hospitaliers St-Eustache et Argenteuil ne disposent pas d'unité de psychiatrie. Aussi, des ententes pourront être établies avec le CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme prévoyant le transfert des patients en provenance des centres hospitaliers St-Eustache et Argenteuil en raison de l'absence de ressources adéquates pour traiter un patient qui présente un danger grave et immédiat, notamment dans le cadre de l'application de la Loi P-38.001 (garde préventive ou provisoire.)

B2.10 La famille et les visiteurs à l'unité d'urgence

RECOMMANDATION
et pistes d'action en santé mentale

B) Établir des procédures sur l'information à donner aux proches.

- Mettre à contribution les organismes de soutien aux familles et aux proches en santé mentale pour établir les procédures sur l'information à donner aux familles et aux proches en vue de s'assurer qu'ils aient accès à l'information générale à laquelle ils ont droit pour une meilleure compréhension de la situation.
- Être particulièrement sensible aux familles et proches de personnes nouvellement atteintes, dont les jeunes, qui n'ont pas encore obtenu de services du réseau de la psychiatrie. Ils ont besoin de plus d'information sur la situation, les demandes d'évaluation en psychiatrie s'il y lieu, le degré d'urgence de cette demande, etc.
- Établir une règle voulant qu'on vérifie systématiquement auprès de la personne malade son consentement à la transmission d'information sur sa condition à sa famille ou ses proches afin d'améliorer la communication des informations.

C) Désigner une ou des personnes responsables du soutien aux familles en état de choc.

- S'assurer que l'infirmière de liaison ou le travailleur social offre aux familles et aux proches un soutien psychosocial lorsque requis et fournisse les informations concernant la disponibilité des services dans la communauté notamment lorsque le patient est un jeune.

Commentaires :

La famille est le principal milieu de vie ou le principal soutien pour plusieurs personnes ayant un problème de santé mentale. Pour les familles et proches, l'investissement requis auprès de la personne est énorme et suscite souvent l'épuisement faute de soutien suffisant. Elles sont souvent sans information et sans soutien. L'argument de la confidentialité est souvent invoqué pour ne pas fournir d'information. L'équilibre entre le respect des droits de la personne « malade » et l'information requise par les familles pour soutenir cette personne, est difficile à atteindre.

Les familles et proches de personnes nouvellement atteintes, dont les jeunes, qui n'ont pas encore obtenu de services du réseau de la psychiatrie, ont d'autant plus besoin d'information et de soutien.

Les familles dont l'enfant traité à l'urgence et pour lequel une référence est faite pour une évaluation en pédopsychiatrie devraient être informés adéquatement de la raison de la demande d'évaluation et du degré d'urgence de cette demande

B2.11 Transmission de l'information clinique

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

A) Appliquer des modalités de transfert de l'information clinique au médecin de famille et aux autres intervenants lorsque cela est nécessaire.

- S'assurer que le personnel de l'unité d'urgence applique les modalités de transfert d'information clinique conformément aux modalités de fonctionnement prévues dans les réseaux de services en santé mentale notamment ceux prévues dans l'*Entente de services pour les situations de crise et suicide* dans le cadre des dispositions de la Loi P-38.001, article 8.

- Identifier, avec les partenaires des réseaux de services en santé mentale, des modalités de transfert d'information clinique pour les situations où les modalités ne sont pas prévues ou formalisées.

Commentaires :

Dans le cadre des travaux concernant les *Ententes de services pour les situations de crise et suicide*, des mécanismes ont été prévus et des formulaires ont été conçus afin d'uniformiser la transmission d'information et assurer la continuité des services auprès d'une personne en situation de crise dans le cadre de l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001. (*Formulaire de transmission d'information en situation de crise)* :

- lors de l'orientation d'une personne en situation de crise vers les services d'urgence des centres hospitaliers afin de les prévenir de l'arrivée de celle-ci.

- par le personnel des urgences hospitalières, après évaluation du médecin, pour informer les intervenants de crise de l'orientation de la personne, notamment si elle n'est pas prise en charge par les services hospitaliers et est libérée de l'urgence.

Des mécanismes de transmission d'information clinique et des formulaires sont à développer de façon formelle pour toutes autres situations où une personne ayant des troubles mentaux, est orientée vers des services de santé mentale dans la communauté par les services d'urgence (services de crise, services de soutien dans la communauté, etc.).

B2.12 Le suivi des patients de l'unité d'urgence

A) Établir des règles d'utilisation des locaux de l'unité d'urgence.

RECOMMANDATION
et pistes d'action en santé mentale

- Prévoir un espace spécifique dans la salle d'attente pour les patients présentant des troubles mentaux graves qui en raison des symptômes associés à leur situation, nécessitent d'être en retrait.

- Se doter de mécanismes de soutien pour assurer une prise en charge rapide (par l'infirmier de liaison en santé mentale ou le travailleur social) des personnes ayant des troubles mentaux graves qui nécessitent des services d'urgence jugés non prioritaires, pendant l'attente de la prise en charge médicale notamment pendant les périodes de grand achalandage.

RESSOURCES PROFESSIONNELLES D'UNE UNITÉ D'URGENCE

B3.2 Coordonnateur médical de l'unité d'urgence

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

B) S'assurer que les fonctions du coordonnateur médical de l'unité d'urgence sont bien remplies.

- Assurer la participation du coordonnateur médical de l'unité d'urgence (ou son représentant) :
  - à des rencontres stratégiques en santé mentale afin d'établir des liens avec les autres services du réseau de la santé mentale.
  - à des rencontres des comités de suivi opérationnels (particulièrement du *Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide*) de son territoire afin de contribuer aux liens en amont et aval de l'unité d'urgence, de déceler les dysfonctionnements des services du réseau et de participer à la mise en place de solutions.

Commentaires :

Sur le plan stratégique, des rencontres regroupant l'ensemble des collaborateurs en santé mentale, permettent de dresser le portrait des réalisations, d'identifier les enjeux et les défis et de convenir de cibles vers lesquelles nous devons conjuguer nos efforts ainsi que des modalités de travail.

Sur le plan opérationnel, nous sommes à implanter des *comités de suivi opérationnels* sur une base locale, formés par les représentants d'établissements ou organismes communautaires, impliqués dans l'un ou l'autre des services en santé mentale (crise-suicide, soutien dans la communauté ou traitement). Ces comités seront imputables de la mise en oeuvre, de la coordination et de l'efficacité des services dans chacun des territoires de CLSC. Les représentants se rencontreront sur une base régulière en vue d'assurer l'implantation et de la coordination des services en réseau. Ils assureront un suivi au fonctionnement quotidien des services et effectueront des ajustements, si requis. Ils sont ainsi en mesure de faire le point, de gérer les différends rapidement, de maintenir la qualité des rapports, d'assurer la liaison entre les services, etc. Il nous semble incontournable que des représentants des services d'urgence soient de partie prenante dans ces comités.

B3.3 Personnel infirmier de l'unité d'urgence

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

A) Disposer d'outils d'évaluation de l'expertise et des mécanismes de soutien clinique.

- S'assurer qu'un chef de services médical et une infirmière-chef participent, au nom de l'ensemble des urgences aux travaux du comité d'expertise clinique mis en place dans le cadre du Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide.
- Évaluer la pertinence de mettre en place un mécanisme de soutien clinique pour le personnel de l'urgence, particulièrement pour les responsables de la clientèle santé mentale (infirmiers de liaison en santé mentale et/ou travailleurs sociaux) et davantage en lien avec les réseaux santé mentale.
- S'assurer de la participation des représentants des services d'urgence (médecin et infirmière) à des activités de formation conjointes (CH, CLSC, etc.) liées aux différents réseaux de services en santé mentale et s'assurer qu'ils transmettent les informations pertinentes au personnel de l'unité d'urgence.

B) Mettre sur pied un programme d'orientation et d'intégration à l'unité d'urgence pour toutes les infirmières, y compris celles qui effectuent des remplacements.

- Intégrer les informations sur l'organisation de services en santé mentale au programme d'orientation et d'intégration à l'unité d'urgence pour toutes les infirmières, y compris celles qui effectuent des remplacements.
- De façon particulière, inclure dans ce programme des visites dans certains services de santé mentale (ex : hébergement de crise du Centre du Florès, groupe communautaire d'entraide et de réadaptation) et des rencontres avec les partenaires du milieu (CLSC).

D) Établir annuellement un programme de formation continue.

- À chaque année, intégrer au programme de formation continue de l'unité d'urgence un ou des aspects liés aux clientèles santé mentale
- Intégrer au programme de formation continue, les activités de formation prévues et pertinentes en santé mentale qui émanent notamment des travaux du comité de coordination de l'expertise clinique.
- Assurer de la participation de l'infirmière-chef (ou sa représentante) aux activités de formation liées à l'un ou l'autre des volets du Réseau de services en santé mentale notamment le Réseau de services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide (2001-2002) et sa contribution à la transmission des informations pertinentes au personnel de l'urgence de son centre hospitalier.

Commentaires :

Le développement des services en santé mentale sera accompagné d'un plan de formation et de différentes modalités pour assurer un soutien clinique aux intervenants. Dans le cadre de la mise en place du *Réseau de Services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide,* nous avons mis à la disposition des équipes de crise (CLSC et hébergement de crise) une activité de supervision clinique. Cette supervision s'actualise sous différentes modalités : rencontres de groupe pour formation ou «coaching » ainsi que du soutien individuel offert sur une base ponctuelle. Nous sommes d'avis que la participation à une telle supervision, pourrait être bénéfique à certains travailleurs des urgences pour rehausser les compétences et aussi créer des alliances sur la base de visions cliniques partagées. L'unité d'urgence est au cœur des réseaux de services. Il est essentiel pour les fins de l'organisation des services que le personnel de l'urgence participe à certaines formations spécifiques.

Pour l'année 2001-2002, la Régie s'attardera à des activités de formation liées à l'organisation du *Réseau de Services d'aide en situation de crise et d'action face au* suicide, l'appropriation *de l'Entente pour les situations de crise et de suicide,* et les applications liées à la *Loi* ***sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001).*** Le thème de l'estimation de la dangerosité fera l'objet d'activités de formation. Au cours des années suivantes, la formation devra supporter la mise en place des services de soutien dans la communauté et de traitement-hospitalisation.

B3.4 Autres professionnels de l'unité d'urgence

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

B) S'assurer de la disponibilité d'un travailleur social à l'unité d'urgence selon un horaire qui répond aux besoins des patients.

- S'assurer de la disponibilité d'un travailleur social à l'unité d'urgence au moins 5 jours par semaine, de 8h à 20h.

E) S'assurer de la disponibilité d'une infirmière de liaison en santé mentale à l'unité d'urgence, selon un horaire qui répond aux besoins des patients.

- S'assurer de la disponibilité d'une infirmière de liaison à l'unité d'urgence au moins 7 jours par semaine, selon les périodes d'achalandage.

Commentaires :

Les urgences des centres hospitaliers disposent actuellement des ressources suivantes en ce qui concerne les travailleurs sociaux et infirmiers de liaison en santé mentale. Il faudra s'assurer de la disponibilité de ces professionnels et ce, en fonction des volumes et achalandages aux urgences des centres hospitaliers.

Disponibilité actuelle des autres professionnels dans les unités d'urgence

Centres hospitaliers/ Profesionnels	CHSE	HDSJ	CHL	CHA	CH CR AL		TOTAL
					Ann.	Mt-L	
Travailleurs sociaux	0	0	0	0	0	0	0
Infirmiers de liaison en santé mentale	5/7 jrs	7/7 jrs	5/7 jrs	0	0	0	

À l'heure actuelle, le CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme, le CH St-Eustache et le CH Laurentien disposent d'un infirmier de liaison en santé mentale à l'urgence. Compte tenu du rôle prépondérant que joue ces professionnels, il faudra s'assurer de la disponibilité et ce, en fonction du volume de patients « santé mentale »dans les urgences.

B4.2 Aire de triage et d'accueil

RECOMMANDATION
et pistes d'action en santé mentale

B) Disposer, pour le triage, de locaux bien équipés, sécuritaires, en nombre suffisant et situés près des axes principaux de l'urgence.

- Prévoir, dans tout projet de rénovation des urgences, que des espaces ou que l'organisation physique des lieux prennent en compte les besoins spécifiques des patients présentant des troubles graves de santé mentale.

C1 Action-support à l'unité d'urgence

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

C) **Mettre en place des modalités visant à assurer les liens de l'équipe action-support avec les instances du centre hospitalier et du réseau local.**

- Assurer la présence d'un médecin de l'unité de psychiatrie et de façon ad hoc, les coordonnateurs Accès-PSI ou toute autre partenaire jugé pertinent selon les sujets à traiter (ex.: services d'hébergement, de suivi dans la communauté, etc.)
- S'assurer qu'un représentant de l'unité d'urgence fait partie des travaux liés à l'organisation et la mise en œuvre du Réseau de services en santé mentale par sa présence aux comités de suivi opérationnels.
- Intégrer les éléments pertinents du plan de travail du comité opérationnel du Réseau crise suicide, au plan de travail annuel du comité action-support à l'unité d'urgence.

Commentaires :

Une étroite collaboration doit s'établir entre l'unité d'urgence, le département de psychiatrie (unité de soins hospitaliers) et les autres collaborateurs en santé mentale. Pour assurer la coordination des services des uns et des autres, certains comités sont en place ou sont en voie de l'être. La présence d'un répondant responsable des services d'urgence, aux comités de suivi opérationnels en santé mentale est indispensable. Il faut se rappeler que ces comités de suivi opérationnels en santé mentale ont pour mandat d'assurer la liaison entre les partenaires et convenir de plans de travail pour déterminer les actions prioritaires à réaliser. Il s'agit notamment d'une condition de succès à l'amélioration continue du fonctionnement du réseau. De plus, certains éléments du plan de travail des comités de suivi opérationnels crise-suicide devrait se retrouver dans le plan de travail annuel du comité action support des urgences en ce qui concerne la clientèle santé mentale.

Par ailleurs, dans la région des Laurentides, nous nous sommes dotés d'une fonction de Coordination (Accès-PSI0 en santé mentale qui soutient la coordination des interventions auprès d'individus. Ainsi, dans chaque territoire de CLSC, quelqu'un est mandaté pour faciliter l'accessibilité à l'ensemble des services en santé mentale de son territoire et voir au bon fonctionnement du réseau de services. Ces coordonnateurs sont

au cœur de l'action en santé mentale dans leur territoire de CLSC. Ils assurent également l'animation des comités de suivi opérationnels, des tables locales de santé mentale, etc. Étant donné sa position stratégique, en vue d'enrichir ou de valider les actions de l'unité d'urgence en lien avec le réseau extra hospitalier, on pourra y assurer la présence du coordonnateur Accès-PSI (de façon statutaire ou ad hoc aux rencontres de l'équipe action-support).

Nous croyons opportun que l'équipe action-support s'adjoigne aussi un représentant du département de psychiatrie.

C2 Gestion quotidienne des admissions et des départs

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

A) Mettre en place une politique de gestion quotidienne des départs et admissions.

- Mettre en place une politique de gestion quotidienne des départs prévoyant la planification du départ le plus tôt possible soit dès le début des séjours en soins psychiatriques
- Se mettre en lien avec les ressources dans la communauté susceptibles d'être partie prenante des services après l'hospitalisation (Centre du Florès et CH et CR Antoine-Labelle)
- Joindre à l'équipe action-support, un représentant du Centre du Florès ou du CH et CR Antoine Labelle pour les questions relatives à la gestion des départs des clientèles santé mentale (soutien au logement, etc.)

Commentaires :

Pour éviter de garder le patient à l'urgence en raison d'un manque de lit dans l'unité de soins psychiatrique, il faut mettre en place une politique de gestion quotidienne des départs et des admissions, et ce, le plus tôt possible, prévoyant la planification du départ dès le début des séjours en soins psychiatriques. La préparation précoce du départ peut contribuer à faciliter son déroulement.

La préparation du départ du patient comprend à tout le moins deux actions : celle d'outiller le patient pendant son séjour hospitalier et celle de se mettre en lien le plus rapidement possible avec les ressources dans la communauté susceptibles d'être partie prenante des services après l'hospitalisation plus particulièrement les services résidentiels et les services de suivi dans la communauté, par la voie des mécanismes d'accès prévus à cet effet. Ceci est d'autant plus important que les durées de séjours des patients en psychiatrie sont réduites (moyenne de 17 jours).

Les services résidentiels sont sous la responsabilité du Centre du Florès pour les quatre territoires du sud de la région des Laurentides et du CH et CR Antoine-Labelle, pour 3 territoires de CLSC du nord de la région. Les services de suivi communautaire sont dispensés par des organismes communautaires dans la portion sud de la région et par le CH et CR Antoine-Labelle, pour 3 territoires de CLSC du nord de la région.

Ceci étant dit, la mise en place de la gestion quotidienne des départs ne pourra substituer au fait que les services résidentiels sont nettement insuffisants dans la région des Laurentides (particulièrement dans les territoires de la portion sud de la région) de même que les services de suivi dans la communauté. A ce titre, il est d'autant plus important de mettre en place des modalités reliées à la gestion des départs

notamment pour s'assurer que les personnes aient accès à des logements appropriés. Un mécanisme de gestion des départs nous permettrait également de bien documenter les besoins de personnes en santé mentale afin de soutenir le développement des services résidentiels et de suivi dans la communauté.

Il importe d'autant plus que les départements de psychiatrie sachent par ailleurs que les centres hospitaliers de la région ont réduit les durées de séjour en deçà de la norme provinciale, en ce qui a trait aux durées de séjour des patients dans les unités de soins de courtes durées (17 jours en 1999-2000).

Ainsi, en plus d'un représentant CLSC (santé mentale), on pourrait joindre à l'équipe action-support, un représentant du Centre du Florès ou du CH CR Antoine Labelle pour les questions relatives à la gestion des départs des clientèles santé mentale et aux mécanismes de coordination pour en faciliter le déroulement.

C3 **Revue de la gestion de l'utilisation des lits du centre hospitalier**

B) Adopter des règles communes de fonctionnement, de l'arrivée au départ du patient, et des règles d'analyse de la gestion des lits.

RECOMMANDATION
et pistes d'action en santé mentale

- Assurer la contribution des représentants des services dans la communauté (CLSC -santé mentale, Centre du Florès et CH et CR Antoine-Labelle) pour les questions relatives à l'adoption de règles de fonctionnement.

Commentaires :

Il faut porter une attention particulière à tous les éléments du processus qui peuvent influer sur la durée de séjour ou sur le départ du patient hospitalisé en psychiatrie. Étant donné la collaboration étroite et nécessaire des autres partenaires pour les questions relatives à la gestion des départs des clientèles santé mentale, il nous semble opportun que les représentants des services dans la communauté soient mis à contribution pour l'adoption des règles dans le respect des rôles et des mandats de chacun.

C4 Liaison et programmes clientèles

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

A) **Définir les mécanismes d'intervention de la liaison à l'unité d'urgence une fois la clientèle ciblée.**

B) **Mettre au point, si nécessaire, des outils de dépistage qui permettent à l'unité d'urgence de mettre à contribution l'équipe de liaison.**

- Compléter les mécanismes de liaison déjà existants au niveau de l'organisation des services de santé mentale afin de former une équipe de liaison en santé mentale.

C) **Prévoir, dans les modèles de coordination des services pour les pathologies complexes, des modalités d'intégration et d'interaction efficaces avec l'unité d'urgence.**

D) **Mettre à contribution le coordonnateur du suivi systématique pour l'implantation des outils requis et pour la formation portant sur ces modèles coordonnés de trajectoire clinique.**

E) **Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires.**

Développer des programmes ou activités spécifiques pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants et qui présentent des pathologies particulières (ex : problématique dite « border line »). Ces programmes, avec des objectifs cliniques à atteindre en fonction des besoins particuliers de ces clientèles, pourraient se réaliser dans un contexte interdisciplinaire (CH, CLSC, CR, organismes communautaires)

Commentaires :

Équipe de liaison

La coordination des soins offerts par une équipe interdisciplinaire permettrait une meilleure intégration des services. Aussi, une équipe de liaison aurait pour mission d'organiser la prise en charge et l'orientation d'une personne éprouvant un problème de santé mentale mais ne nécessitant plus l'accès au plateau technique de centre hospitalier, vers les ressources appropriées. Cette équipe de liaison devra assurer les liens entre l'urgence et 1) les autres services de psychiatrie au sein même du centre hospitalier (unité de psychiatrie, services de cliniques externes ou autres programmes) ou 2) les ressources externes de la communauté (médecin traitant, services d'aide en situation de crise, CLSC, ressources résidentielles, suivi communautaire, etc.)

L'organisation des services en santé mentale prévoit déjà certains mécanismes de liaison. Nous croyons qu'il y a lieu de consolider les mécanismes déjà en place soit :

1) le mécanisme d'accès au logement qui assure un lien entre le centre hospitalier (unité de soins et cliniques externes) et les ressources externes responsables de l'hébergement. Ce mécanisme est coordonné par le Centre du Florès pour les territoires du sud de la région des Laurentides et par le CH et CR Antoine-Labelle pour la portion nord de la région. Les personnes invitées sont le travailleur social de l'unité de psychiatrie, représentant des CR et le représentant de la ressource d'hébergement visée.

2) un mécanisme de liaison animé par les Coordonnateurs Accès-PSI des CLSC regroupant les acteurs concernés par la prise en charge et l'orientation d'une personne ayant des troubles mentaux et qui requiert plus d'un service en santé mentale ou pour qui, il est difficile de trouver accès à un service en raison de besoins particuliers.

En raison des mécanismes déjà en place, l'équipe de liaison pour la clientèle santé mentale pourrait être constituée : du Coordonnateur Accès-PSI CLSC, de l'infirmier du CH, du travailleur social, de l'unité de psychiatrie et du responsable des mécanismes d'accès des services liés au logement (CR) et/ou d'un représentant des services de suivi dans la communauté. Cette équipe aura comme mandat de définir les mécanismes d'intervention de la liaison à l'unité d'urgence pour la clientèle santé mentale.

Programme clientèle pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants.

Certaines personnes présentant des pathologies particulières de santé mentale pourraient bénéficier de services davantage ciblés, s'inscrivant dans un modèle particulier d'interventions avec des objectifs cliniques à atteindre en fonction des besoins particuliers de ces clientèles. Des initiatives en ce sens ont déjà été expérimentées dans certains centres hospitaliers ou CLSC de la région. Tous sont concernés par certains « types » de clientèles qui consomment un grand nombre de services de santé mentale dans tous les établissements (CH, CLSC, CR, organismes communautaires, etc.)

La conjugaison des efforts des partenaires pour mettre en place des programmes particuliers et ce, dans un contexte interdisciplinaire permettrait non seulement de résoudre l'achalandage aux urgences mais également réduire les listes d'attente importantes dans les cliniques externes de psychiatrie et les services de base en CLSC tout en maximisant l'utilisation des ressources disponibles.

C5 Plan de décongestion et gestion de crise

A) Établir un plan de décongestion pour chaque centre hospitalier.

B) Adopter un plan de gestion de crise et des critères de mise en œuvre de ce plan.

RECOMMANDATION
et pistes d'action en santé mentale

- Mettre à contribution les partenaires du Réseau de services en santé mentale dans l'élaboration des plans de décongestion et des plans de gestion de crise et prendre en compte les mesures alternatives déjà en place pour favoriser la diminution des achalandages dans les centres hospitaliers.

- Mettre à contribution les cliniques de médecins de famille dans l'élaboration des plans de gestion de crise.

Commentaires :

Afin de favoriser une utilisation judicieuse et concertée des ressources alternatives à l'hospitalisation (hébergement de crise ou autre type d'hébergement, clinique externe, suivi communautaire, etc.) en vue d'accélérer les congés des personnes hospitalisées en unité de psychiatrie ou les personnes à l'urgence, mettre à contribution les partenaires du Réseau de services en santé mentale pour l'élaboration des plans de décongestion et des plans de gestion de crise.

D1 **Groupe-réseau**

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

A) Faire rapport au conseil d'administration de l'engagement de l'établissement en faveur de la mise en place d'un réseau de services intégrés entre l'unité d'urgence et les autres partenaires du territoire.

B) Mettre sur pied un groupe réseau territorial devant se pencher sur toutes les questions liées à l'unité d'urgence.

Commentaires :

Pour assurer la coordination des services sur un territoire donné, des comités de suivi opérationnel sont en place notamment au niveau du réseau crise-suicide et sont en processus de mise en place pour les autres types de services de santé mentale. Il faut se rappeler que ces comités de suivi opérationnel en santé mentale sont formés de représentants des établissements ou organismes dispensateurs de services de santé mentale. Ces comités ont notamment comme mandat d'assurer la liaison entre les partenaires ainsi que l'implantation et la coordination des services en réseau. Les représentants se rencontrent sur une base régulière. Ils assurent un suivi au fonctionnement quotidien des services et effectuent des ajustements, si requis. Ils sont ainsi en mesure de faire le point, de gérer les différends rapidement, de maintenir la qualité des rapports, etc.

Nous sommes d'avis que la présence d'un répondant responsable des services d'urgence viendrait compléter ces équipes aux comités de suivi opérationnel en santé mentale. Sommes toutes, nous aurions un groupe réseau territorial pour la clientèle spécifique de la santé mentale.

D2 **Partenaires du groupe-réseau**

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

A) Établir, avec tous les partenaires du groupe-réseau, les modalités de coopération et de fonctionnement au regard du modèle et des actions proposées.

B) S'assurer que la conception et la mise à jour des protocoles d'Info-Santé CLSC sont faites en étroite collaboration avec les experts en médecine d'urgence.

C) Consolider la mise en place de mécanismes facilitant l'accès aux médecins de famille.

D) S'assurer de la mise en place des plans d'action régionaux d'organisation des services d'urgence.

Imputabilité : Le Centre de coordination nationale des urgences du MSSS.

Pour assurer la coordination des services sur un territoire donné, des comités de suivi opérationnel sont en place notamment au niveau du réseau crise-suicide et sont en processus de mise en place pour les autres types de services de santé mentale. Il faut se rappeler que ces comités de suivi opérationnel en santé mentale sont formés de représentants des établissements ou organismes dispensateurs de services de santé mentale. Ces comités ont notamment comme mandat d'assurer la liaison entre les partenaires ainsi que l'implantation et la coordination des services en réseau. Les représentants se rencontrent sur une base régulière. Ils assurent un suivi au fonctionnement quotidien des services et effectuent des ajustements, si requis. Ils sont ainsi en mesure de faire le point, de gérer les différends rapidement, de maintenir la qualité des rapports, etc.

Nous sommes d'avis que la présence d'un répondant responsable des services d'urgence viendrait compléter ces équipes aux comités de suivi opérationnel en santé mentale. Sommes toutes, nous aurions un groupe réseau territorial pour la clientèle spécifique de la santé mentale.

D3 Ententes

A) Conclure des ententes qui structurent les activités de coopération entre les établissements.

RECOMMANDATION
et pistes d'action en santé mentale

- Assurer l'application de l'Entente de services pour les situations de crise et suicide.
- Conclure des ententes pour tout besoin relié à l'un ou l'autre des volets du Réseau de servies en santé mentale.

E Système d'information

RECOMMANDATION et pistes d'action en santé mentale

A) Établir un tableau de bord des indicateurs de fonctionnement et de performance.

- Impliquer les autres partenaires concernés par les services de santé mentale à l'identification des paramètres, indicateurs clientèles et services en vue d'élaborer un tableau de bord régional et local en lien avec les réseaux de services en santé mentale.

- Assurer une diffusion continue et systématique des informations aux personnes clés des réseaux de services de santé mentale dans chacun des territoires de CLSC (notamment par le biais du coordonnateur Accès-PSI).

Commentaires :

Le défi dans ce domaine consiste à tenir compte de la nature particulière de l'unité d'urgence, qui se situe au cœur des services en santé mentale, ceux-ci étant en amont ou en aval des services d'urgence. Les informations en provenance de l'unité d'urgence doivent prendre en compte cette perspective en vue de soutenir l'ensemble des partenaires du réseau au niveau de l'ajustement de l'offre de services dans une perspective d'interdépendance.

De plus, pour assurer une vue d'ensemble d'un réseau de services, nous devons prendre en compte, autant que faire se peut, les systèmes de données clientèle déjà en place dans les établissements et les organismes.

Le suivi-monitorage du fonctionnement du réseau de services donnerait aussi des indications importantes sur le succès de l'opération, et particulièrement sur les modifications à apporter à nos pratiques. Certains travaux ont été réalisés afin d'identifier des modalités de suivi-monitorage. L'objectif est d'identifier les éléments de réussite et les difficultés, de vérifier la pertinence de certaines actions et procédures et de favoriser un ajustement continu de l'offre de services.

CONCLUSION

Mécanismes de suivi du PROS

CONCLUSION

Certains des centres hospitaliers de la région des Laurentides vivent avec un plan de contingence à l'année longue depuis le printemps dernier, (pic saisonnier de l'été et pic saisonnier de l'hiver) L'engorgement excessif des urgences serait épouvantable à gérer sans la présence de mesures exceptionnelles qui perdurent presque toute l'année, et qui sont intensifiées en hiver. La pression subie par les trois salles d'urgence du centre-sud de la région, soit Ste-Agathe, St-Jérôme et St-Eustache représenterait à elle seule, un taux d'occupation moyen / des civières, par jour, de plus de 287 %.

Ces trois CH subissent une pression constante :
Spécifiquement, dans ces trois centres hospitaliers, les salons de famille pour les patients, les salles d'examen aux unités, les salles de conférence et les petits espaces (comme la lingerie à Ste-Agathe) sont occupés par des lits tampons. Ce qui porte la capacité maximale, en hiver surtout, à 715 lits. Il y a possibilité d'ajout de 103 lits supplémentaires aux 612 lits respectifs des 3 hôpitaux. Le taux d'utilisation des lits tampons, mesure providentielle, a été de l'ordre de 68 % comme moyenne quotidienne pour les 3 CH, (67 lits / jour) en hiver dernier et cela continue, car tout au long des mois de l'été 2001 et de l'automne 2001, ces trois hôpitaux utilisent une moyenne quotidienne d'environ 30 lits tampons.

Fonctionner avec un taux d'occupation au-delà de la capacité convenable d'un hôpital implique un vrai tour de force de la part des responsables d'établissements pour motiver leurs troupes médicales et infirmières pour faire face à cette explosion de services. Ceci implique un haut niveau de professionnalisme, que nous reconnaissons! Peu de structure de travail imposerait à ses employés une telle pression à l'année longue. Le plan de survie ne s'arrête plus à la fin des 119 jours des plans de contingence d'hiver. La pression aux urgences est énorme.

Cette pression constante subie dans les hôpitaux de la région pourrait engendrer le chaos sans les lits tampons, le rehaussement du maintien à domicile, l'achat de places en CHSLD, les centres de médecine de jour et les programmes ambulatoires. Les patients resteraient dans les corridors des urgences en attente d'hospitalisation ou de services médicaux spécifiques. Ces trois CH disposent de 42 civières. Le besoin de civières, selon le Guide de gestion et le calcul basé sur les volumes d'activités 2001, est de 84 civières pour les trois centres hospitaliers ...on entend par chaos, une situation très, très difficile à gérer...!

Peut-on mettre UN HOLÀ à la hausse des demandes aux urgences?

Éviter la porte d'entrée des urgences….comment ?

Où déplacer le problème ?

Une explication, entre plusieurs autres, concernant l'augmentation des visites aux urgences : Une hausse de 8 % dans les trois centres hospitaliers du centre-sud : Laurentien à Ste-Agathe, Hôtel-Dieu de St-Jérôme et St-Eustache.

Le taux de rétention régional est passé de 60 à 74 % en cinq ans. Parallèlement, il y a eu progressivement, depuis cinq ans, ouverture de plusieurs cliniques médicales dans les Laurentides. Aujourd'hui, il y a quelques 72 cliniques qui, il va s'en dire, fonctionnent à pleine capacité. Peu de citoyens peuvent encore se trouver un médecin de famille, les listes d'attente s'allongent…le refus des médecins de prendre un nouveau patient est plus fréquent qu'il y a cinq ans…

On observe sur civières 5 % plus de patients qu'il y a cinq ans…
On hospitalise à Ste-Agathe 10 % de patients de plus que l'année passée et 7,5 % de plus à St-Eustache. Par contre, à St-Jérôme, il y a une diminution de 3 % des hospitalisations en provenance de l'urgence depuis l'année passée. L'analyse des volumes d'activités aux urgences relate l'escalade des visites, des patients civières, des arrivées en ambulances et ce reflet de l'encombrement des urgences est le miroir de l'encombrement des lits de courte durée. Car, on observe sur civières à peine 27 % du total de la population qui se présente à la porte des urgences pour un problème de santé. 73 % sont donc retournés dans le réseau ou à domicile.

Un autre phénomène s'installe graduellement dans les Laurentides depuis quelques années. Plusieurs des lits de médecine sont actuellement occupés par des clientèles gériatriques et de RFI qui nécessitent un très long séjour à l'hôpital, quand ce n'est pas tout bonnement la hausse des cas en attente d'hébergement en CHSLD dans un lit de courte durée. Nous avions maintenu une politique de tolérance zéro en courte durée pour cette clientèle. Nous ne pouvons plus tenir cette performance, les places en CHSLD étant nettement insuffisantes.[1]

[1] Référer à la section des CHSLD de la deuxième partie du présent PROS.

RÉPARTIR LA PRESSION...

OÙ ?

Répartir cette pression vers d'autres mesures alternatives que celle de garder toute cette clientèle aux urgences ou en CH exige de la part des directions d'établissements et des équipes professionnelles de la santé un ajustement quotidien des pratiques de soins. Le personnel médical et professionnel participe pleinement aux résultats de performance observés dans notre région. Il y a une possibilité d'ajout de 140 lits tampons ...au 743 lits de courte durée de la région...quelle pression pour le personnel, lorsqu'en hiver, tous ces lits sont occupés... !

Les CLSC font leur part, pour prendre la pression. La pratique des soins courants ambulatoires et du rehaussement des services intensifs en maintien à domicile est installée chez nous depuis 1997 et elle relègue loin derrière les anciens paradigmes de la pratique en CLSC. Les ressources humaines et matérielles ne sont pas adaptées à cette hausse d'activités, et là aussi, les listes d'attente s'allongent...

En effet, le virage ambulatoire fonctionne à plein régime dans le centre-sud des Laurentides. Multiples clientèles inscrites à différents programmes de soins courants, de maintien à domicile qui reçoivent quotidiennement les services de santé qu'exige leur maladie, tout en évitant l'hospitalisation et l'urgence. [2]

La région ne dispose pas assez de places d'hébergement. Les travaux démontrent un manque de 378 lits d'ici cinq ans. La région assumait l'achat de places supplémentaires à raison de 40 par année. Qu'en sera-t-il en 2002?

[2] Réseau de soins respiratoires à domicile de la clientèle MPOC.

Les principaux acteurs du réseau de santé souhaitent la mise en place de mesures permanentes à la situation problématique des urgences. Les prochains travaux qui seront initiés par la Régie régionale concernent spécifiquement l'étalement sur toute l'année de la pression vécue aux urgences. Quelques exemples :

- travaux sur l'évaluation des besoins en lits de courte durée / santé physique;
- travaux sur l'ajustement des civières requises par le volume des activités aux urgences selon le Guide de gestion des urgences;
- travaux déjà en cours et à poursuivre en 2002 sur la décentralisation des lits de courte durée en psychiatrie et le besoin réel de ceux-ci par CH;
- travaux sur le besoin de lits en pédiatrie dans le territoire sud de la région;
- travaux sur les besoins de lits de transition / convalescence;
- travaux sur les besoins de lits de longue durée / hébergement;
- travaux sur les besoins de lits de longue durée en psychiatrie.

Les recommandations du Guide de gestion des urgences présentent plusieurs solutions aux problèmes chroniques d'engorgement des urgences. L'implication financière d'un tel processus aura un impact certain, si ce n'est un certain impact. Rappelons que les coûts liés aux augmentations des volumes d'activités en centre hospitalier sont déjà inscrits dans les ententes de gestion des prévisions budgétaires 2000-2001 lesquelles ne reflètent pas, pour 2002, l'augmentation des activités des urgences qui sont prévisibles dans ce document. D'où, la grande crainte de voir « ***imploser*** » le réseau de santé des Laurentides, car, à la fin de l'année 2001, il y a autant de civières occupées et de lits tampons ouverts dans les centres hospitaliers de la région que lors du pic saisonnier des mois de janvier et de février.

Qu'à cela ne tienne, nous avons du pain sur la planche mais nous avons également des solutions qui sont clairement exprimées dans les plans d'actions de chaque centre hospitalier. Les recommandations du Guide seront évaluées une à une par le réseau régional pour assurer la pérennité du suivi « PROS 2002-2005 »

Dans le plan de match réservé au suivi du PROS, la Régie régionale des Laurentides souhaite créer un réseau de professionnels(les) représentants les différentes structures clinico-administratives des établissements. Nous favorisons une démarche régionale d'évaluation et de résolution de problèmes. Une procédure de suivi par étape, selon l'acronyme du A,E,I,O,U, favoriserait l'émergence de nouvelles façons de faire avec ce que nous avons, selon nos moyens et nos ressources.

*** facteur de succès : appliquer la recommandation D1.B.**

Mettre sur pied un groupe réseau territorial devant se pencher sur toutes les questions liées à l'unité d'urgence. Développer un volet régional de gestion participative des urgences.

Volet régional

Le volet régional serait assuré par un comité de suivi du PROS des urgences. Il serait souhaitable que la composition de ce comité réunisse, lorsqu'il y a lieu, un représentant des différentes instances qui existent déjà :

Table de la CCH (Commission des directeurs généraux des centres hospitaliers)
Table des DSP-DSI (Table de concertation des DSP et des DSI des centres hospitaliers)
CMR (Commission médicale régionale)
CIR (Commission infirmière régionale)
CRM (Commission régionale multidisciplinaire)
DRMG (Département régional de la médecine générale)
Médecins chef des urgences
Infirmières-chef des urgences
Table du COSAD (Coordination du soutien à domicile, CLSC)
Regroupement des RSI en CHSLD.
Secteur du préhospitalier
Secteur Info-santé-sociale
Secteur de la santé mentale : (psychiatre et infirmière-chef des unités de psychiatrie en CH.)
(coordonnateur services de crise en CLSC)

Volet national : les objectifs nationaux inscrits dans les ententes de gestion MSSS-Régies permettront de suivre l'évolution de la situation qui prévaut dans les urgences de la province et de la région.

- ✓ **Les indicateurs nationaux** :
  - Tolérance zéro des 48 heures et plus,
  - Tolérance de 15% de la clientèle pour séjour de plus de 24 heures et de moins de 48 heures,
  - Séjour moyen des patients admis (12 heures)
  - Séjour moyen des patients non-admis (8 heures)
  - Taux d'occupation moyen des civières (90 %)

Volet local

Au plan local, chaque plan d'action des hôpitaux devra être suivi par le CH lui-même, sous le leadership des DSP-DSI et en association avec les partenaires de son réseau immédiat. Le suivi de l'organisation des services nécessite en plusieurs points des ententes particulières qui valent la peine d'être constamment ré-évaluées.

La région doit d'abord se doter d'ententes qui touchent les établissements de même nature sur un même territoire et d'un territoire à l'autre. Ceci exigera l'élaboration de protocoles de niveau local et d'autres, d'envergure régionale afin d'assurer la pérennité des liens entre les établissements et les clientèles des urgences.

Mise en place d'un groupe-action réseau-local

Le modèle régional de gestion des urgences doit guider la mise en place d'un modèle de gestion local qui contribuera, à sa façon, à la continuité des soins, à la prise en charge des clientèles vulnérables et à la complémentarité des ressources. L'approche en *"silo"* entrave le partage d'expertise entre les professionnels. Le groupe-action réseau local devrait éviter cela en favorisant l'éclosion d'une nouvelle synergie.

Pour réaliser le suivi
des recommandations
du Guide de gestion des urgences,

Il est proposé de baser nos démarches
à partir de l'acronyme du A.E.I.O.U.

Le A.

L'Accueil : connaître les clientèles qui se présentent à la porte de l'urgence.

Quelques propositions de questionnements qui servent de point de départ....

À partir des données des systèmes d'information, faire connaître les clientèles qui se présentent à l'unité d'urgence et l'évolution de leurs particularités.	Implanter SIURGE ou un autre logiciel. Assurer la fiabilité de la collecte des données. Établir un tableau de bord des indicateurs de fonctionnement et de performance.
Sauvegarder la mission des urgences sous-tend d'améliorer l'accessibilité aux réseaux de services mis en place pour les clientèles vulnérables. Par réseaux de services intégrés, il faut comprendre : • L'existence de points d'accès bien identifiés pour l'obtention des services de base. Les mécanismes d'accès doivent être simples. • Un fonctionnement harmonieux des niveaux local, régional et national. • Une articulation planifiée tant à l'intérieur de l'urgence que du CH et du réseau.	DRMG : Déployer la 1ere ligne des services de santé. Évaluer l'accès aux médecins de cabinets. Évaluer la disponibilité des gardes en CLSC, en CHSLD et à domicile pour les clientèles vulnérables du maintien à domicile. Évaluer le développement des groupes de médecine familiale. (GMF) Déployer les trajectoires de services en continuité avec les réseaux existants comme le RIPAPA, MPOC, les centres de crise en santé mentale dans les CLSC, etc
Définir les mécanismes d'intervention de la liaison à l'unité d'urgence une fois la clientèle ciblée.	Triage efficace avec un partage de plein pouvoir donné aux infirmières. ETG dans toutes les urgences de la région. Formation avancée aux infirmières. Décisions conjointes médecins-infirmières. Formation conjointe sur le triage. Infirmière au triage en santé mentale. Connaître les pistes de liaison et de références pour la clientèle en santé mentale.
Accueillir et orienter le patient dès la porte d'entrée de l'urgence vers la ressource la plus appropriée pour son besoin de santé.	

Le E. : *Évaluation selon la raison de la visite à l'urgence du besoin de santé du patient.*

Avoir les civières et les locaux suffisants pour répondre à toutes les étapes de l'évaluation du patient : triage, infirmière ou autre professionnel de la santé ou du réseau. (ex : santé mentale)
Avoir les ressources médicales, matérielles et diagnostiques suffisantes et disponibles sur place.

Le I. : *Interventions, démarches diagnostiques, consultations, traitements…établir un diagnostic différentiel et donner les soins appropriés.*

Conclure des ententes qui structurent les activités de coopération entre les établissements.
Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires. (délai d 'examens diagnostiques, des consultations spécialisées)
Rehausser les plages horaires en radiologie, médecine nucléaire et médecine spécialisée.
Disposer de locaux suffisants pour assurer les traitements, consultations et les interventions psychosociales. (Adulte et enfant)
Locaux d'isolement sécuritaire pour le patient et le personnel.

Le O. : *Orienter le patient hors de l'urgence. Observer le patient sur civière si son état de santé l'exige. 12 heures maximales en attente d'une hospitalisation. 08 heures maximales en attente d'un retour à domicile, d'un transfert à son médecin traitant ou vers un autre CH ou vers une ressource appropriée à son état de santé.*

Consolider la mise en place de mécanismes facilitant l'accès aux médecins de famille.
Mettre en place une équipe de revue de la gestion de l'utilisation des lits du centre hospitalier selon une approche homogène de l'épisode de soins. (réduire le délai d'attente d'un lit)
Adopter des règles communes de fonctionnement, de l'arrivée au départ du patient, et des règles d'analyse de la gestion des lits. (réduire les délais)
Prévoir, dans les modèles de coordination des services pour les pathologies complexes, des modalités d'intégration et d'interaction efficaces avec l'unité d'urgence.
Élaborer des protocoles conjoints avec les établissements partenaires. (délai de transfert)
Favoriser la mise en place d'un réseau de services intégrés entre l'unité d'urgence et les autres partenaires du territoire.

Le U. Le stat. Sauver une vie. La raison d'être de l'unité de l'urgence.
Le chaque minute compte…

Formation adéquate des médecins, infirmières et autres professionnelles de l'urgence.
Locaux adéquats.
Équipements de qualité et en quantité suffisante.

Suivi des recommandations par étape avec l'acronyme A,E,I,O,U.

A	B1.1	connaître les clientèles
	B1.2	respecter la mission de l'urgence
	B2.1	accès à l'unité d'urgence
	B2.2	le triage
E	B1.1	les clientèles vulnérables
	B2.3	critères d'installation des patients sur civière
	B2.4	critères d'installation des patients dans la sale de choc
	B2.5	monitorage à l'urgence
I	B2.6	prise en charge médicale
	B2.7	les examens diagnostiques à l'urgence
O	B2.8	planification du départ du patient de l'urgence
	B2.9	les transferts inter-établissements
	B2.10	la famille et les visiteurs
	B2.11	transmission de l'information clinique au médecin de famille
	B2.13	gestion des résultats d'examens anormaux
Co-gestion clinico-administrative	B2.14	tandem médico-infirmier de cogestion clinique
	B3.1	personnel médical de l'urgence
	B3.2	coordonnateur médical de l'urgence
	B3.3	personnel infirmier de l'urgence
	B3.4	autres professionnels de l'urgence
	B3.5	personnel de soutien de l'urgence
	B3.6	autres services : plâtre, ECG etc
	B3.7	mesures pour contrer la pénurie de médecins et d'infirmières à l'urgence
	B5	gestion participative. Partage des responsabilités de chacun des chefs
	B6	approche interdisciplinaire / organisation clinico-administrative
Lieux physiques	B2.12	établir des règles d'utilisation des locaux de l'urgence
	B4.1	configuration physique de l'urgence
	B4.2	aire de triage
	B4.3	aire de choc
	B4.4	aire des civières
	B4.5	aire ambulatoire
	B4.6	aire des bureaux et locaux administratifs
	B4.7	autres aires comme par ex : salon famille / garage / pharmacie etc
	B4.8	calcul du nombre de civières nécessaires au volume des activités
Gestion CH	C1	équipe action-support du CH pour l'urgence
	C2	politique de gestion des départs et des admissions en CH
	C3	revue quotidienne de la gestion de l'utilisation des lits
	C4	liaisons et programmes-clientèles
	C5	plan de contingence et de gestion de l'urgence en situation de crise
	C6	nommer et définir la fonction du coordonnateur médical aux admissions en CH
Réseau / ententes	D1	mettre en place un réseau de services intégrés entre l'urgence et le territoire
	D2	partenaires du groupe-réseau
	D3	conclure des ententes qui structurent la coopération
	E	établir un tableau de bord selon les indicateurs de performance.

Les conditions de réussite de la mise en place du PROS des urgences

- ✓ L'adoption, la diffusion et le respect de la mission de l'unité d'urgence expriment toute la complexité des actions à poser au fil du quotidien pour répartir convenablement la pression subie par les urgences de la région.
- ✓

Définition de la mission de l'urgence :
L'urgence fournit, en tout temps, à chaque personne qui se présente pour un problème de santé urgent, les soins et services de qualité requis par sa condition, dans une perspective d'approche-client.

- ✓ L'adoption, la diffusion et le déploiement du PROS tel qu'entendu dans les recommandations du Guide de gestion des urgences expriment toute la complexité des actions à poser au fil du quotidien pour répartir convenablement la pression subie par les urgences de la région.

Imputabilité au réseau des urgences :
Le réseau de santé fournit, en tout temps, à chaque citoyen des Laurentides qui a un problème de santé urgent, chronique ou déstabilisant temporairement, qui se présente à une salle d'urgence, les soins et les services de qualité requis par sa condition, quel que soit son âge, son lieu de résidence, dans une perspective de prestation professionnelle empreinte de respect et de dignité, hors des corridors des urgences des Laurentides.